



الوسواس القهري

التشخيص والعلاج

د. أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ بقسم علم النفس

كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الكويت

٢٠٠٢

مجلس النشر العلمي

جامعة الكويت

تأسس سنة ١٩٨٢

مجلة كلية الآداب والفنون (١٩٧٩-١٩٧٩)، مجلة العلوم الاجتماعية ١٩٧٢، مجلة الكويت للعلوم والهندسة ١٩٧٤، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية ١٩٧٥، لجنة التأليف والتعريب والنشر ١٩٧٦، مجلة الحقوق ١٩٧١، جوامع كلية الآداب ١٩٨٠، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ١٩٨١، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية ١٩٨٢، المجلة الأدبية ١٩٨٢، مجلة الأسس والتطبيقات الطبية ١٩٨٨، المجلة العربية للعلوم الإدارية ١٩٩١

الوسواس القهري التشخيص والعلاج

د. أحمد محمد عبد الخالق

استاذ بقسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الكويت

٢٠٠٢

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية

الوسواس القهري : التشخيص والعلاج

أحمد محمد عبدالحق

الطبعة الأولى - ٢٠٠٢

ص ٣٧٤ ، ٢٤ × ١٧ سم

جميع الحقوق محفوظة - جامعة الكويت - لجنة التأليف والتعريب والنشر - الشويخ

ص ب : ٥٩٦٩ الصفاة - الرمز البريدي 13060 الكويت - تليفون وفاكس : ٤٨٤٣١٨٥ (٠٠٩٦٥)

All rights reserved to Kuwait University - The Authorship, Translation and Publication
Committee. Al-Shuwaiikh - P.O.Box: 5969 Safat, Code No. 13060 Kuwait

Tel. & Fax : (00965) 4843185 - 4842243 - Ext.: 8101 - 4566

البريد الإلكتروني : kuc01.kuniv.edu.kw @ ATAPC Email

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ (١) مَلِكِ النَّاسِ (٢) إِلَهِ
النَّاسِ (٣) مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ (٤) الَّذِي
يُوسَّسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ (٥) مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ (٦)﴾ .

صدق الله العظيم

(سورة الناس)

الفهرس

الصفحة	الموضوع
١٥	مقدمة.....
	الفصل الأول :نبذة تاريخية
٢٣	البدايات المبكرة.....
٢٣	إضافات المسلمين.....
٢٤	العصور الوسطى وما بعدها.....
٢٨	القرن الثامن عشر وما تلاه.....
٣١	شخصيات تاريخية وسواسية.....
٣٢	الدليل التشخيصي الأمريكي.....
	الفصل الثاني : الوسواس
٣٥	تعريف الوسواس.....
٣٧	أشكال الوسواس ومحتواها.....
٤٧	بعض تصنيفات الوسواس.....
٥٠	وسواس التلوث.....
٥٥	تغير مضمون الوسواس عبر العصور.....
٥٧	الوسواس والضلالات.....
	الفصل الثالث : الطقوس القهرية
٦٣	تعريف القهر.....

الصفحة	الموضوع
٦٦	طبيعة الأفعال القهرية
٦٨	الطقوس القهرية
٧٢	الوصف الإكلينيكي للأفعال القهرية
٧٤	أشكال الأفعال القهرية وتصنيفها
٧٨	التنظيف والمراجعة من أهم الأفعال القهرية
	الفصل الرابع : الوسواس والقهر
٨٩	العلاقة بين الوسواس والقهر
٩١	موجز لأنماط اضطراب الوسواس القهري
٩٨	عناصر الخبرة الوسواسية القهرية
١٠٢	أهم خصائص الوسواس القهري
١٠٨	وسواس الأسوياء
١١١	الأفعال القهرية لدى الأسوياء
١١٣	الوسواس القهري والشخصية
	الفصل الخامس : التشخيص والقياس
١١٧	أولاً : المحكات التشخيصية
١٢٠	ثانياً : المقاييس النفسية
١٢١	أ - قائمة «لايتون» الوسواسية
١٢٢	ب - قائمة «مودسلي» للوسواس القهري
١٢٤	ج - قائمة النشاط القهري
١٢٦	د - قائمة «بادوا»

الصفحة	الموضوع
١٢٧	هـ - مقياس «نيل - براون» للوسواس القهري
١٣٠	و - قياس الجوانب المعرفية في الوسواس القهري
١٣١	ز - مقياس الوسواس المتاحة بالعربية
١٣٣	ح - المقياس العربي للوسواس القهري
	الفصل السادس : بداية الاضطراب وسيره ومآله
١٣٩	معدلات الانتشار
١٤٤	عمر المريض عند بداية المرض
١٤٦	بداية الاضطراب وخط سيره
١٤٩	العوامل المرسية للاضطراب
١٥١	التبع والمآل
	الفصل السابع : الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين
١٥٥	الوسواس القهري لدى الصغار
١٥٦	معدلات الانتشار
١٥٧	بداية الاضطراب في الطفولة
١٦١	أعراض الاضطراب
١٦٧	الاضطرابات المصاحبة
	الفصل الثامن : العوامل المرتبطة بالاضطراب
١٧١	الذكاء
١٧٣	رتبة المولد
١٧٥	فصل الميلاد

الصفحة	الموضوع
١٧٥	الحالة الاجتماعية والخصوبة
١٧٦	الطبقة الاجتماعية والأقارب
١٧٧	الديانة
١٧٧	الفروق بين الجنسين
١٨١	الفروق بين الثقافات
	الفصل التاسع: آثار الاضطراب في المريض وأسرته
١٨٧	تعدد آثار الاضطراب
١٨٨	الضيق والكرب بالنسبة للمريض
١٩٢	آثار الاضطراب في الأسرة
١٩٥	آثار الاضطراب في الأطفال
١٩٦	استجابة الأقارب
	الفصل العاشر: الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري
١٩٩	الاضطرابات المصاحبة
٢٠٢	القلق
٢٠٨	<u>الاكتئاب</u>
٢١١	اضطراب صورة الجسم
٢١٦	فقدان الشهية العصبي
٢٢٤	زيادة الشهية العصبي
٢٢٥	توهم المرض
٢٢٧	هوس نفث الشعر

الصفحة	الموضوع
٢٣١	اضطراب « توريت »
٢٣٥	السلوك الجنسي القهري
٢٤٠	المقاومة المرضية
٢٤٣	الإدمان
٢٤٥	الاندفاعية
٢٤٦	الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام
	الفصل الحادي عشر : اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية
٢٥٣	أهم خصائص الاضطراب
٢٥٧	المحكات التشخيصية
٢٥٨	الملامح التشخيصية للاضطراب
٢٦٢	أسباب الاضطراب
٢٦٣	معدلات الانتشار
٢٦٣	الجوانب المتعلقة بالثقافة
٢٦٤	الملامح والاضطرابات المرتبطة
٢٦٥	التشخيص الفارق
٢٦٦	العلاقة بين اضطرابي الوسواس القهري والشخصية الوسواسية
	الفصل الثاني عشر : الأسباب
٢٧٣	نظرية التحليل النفسي
٢٧٨	النظريات السلوكية
٢٨٩	النظريات المعرفية

الصفحة	الموضوع
٢٩٥	المنحى السلوكي المعرفي.....
٢٩٧	النظريات البيولوجية.....
٣١٠	تعدد العوامل السببية.....
	الفصل الثالث عشر : العلاج
٣١٥	العلاج بالعقاقير.....
٣١٩	الجراحة النفسية.....
٣٢٢	العلاج بالتحليل النفسي.....
٣٢٤	العلاج السلوكي.....
٣٤٢	العلاج المعرفي.....
٣٤٣	العلاج السلوكي المعرفي.....
٣٤٤	برنامج «كوزاك ، وفووا» السلوكي المعرفي.....
٣٤٧	مقارنة بين طرق علاج الوسواس القهري.....
٣٤٨	حللهم مشكلات علاج الوسواس القهري.....
٣٥١	خاتمة : شعاع من الأمل قوي.....
٣٥٥	المراجع.....

الجدول

الصفحة	الموضوع
٣٨	١- أنواع الوسواس الشائعة
٤٠	٢- محتوى الوسواس لدى ٨٢ مريضاً
٤١	٣- الأعراض الوسواسية وتكرارها لدى مائتي مريض
٤٣	٤- الأعراض الحالية كما قررها ١٨٢ مريضاً بالوسواس القهري
٤٦	٥- أكثر الوسواس شيوعاً لدى عينة من مائة مريض
٤٦	٦- أهم الوسواس وأمثلة لها
٤٧	٧- الأفكار والاندفاعات والصور التخيلية بوصفها أنواعاً للوسواس
٧٣	٨- السلوك القهري ونماذجه
٧٥	٩- الأفعال القهرية وأمثلةها في دراسة «أخطر» وصحبه
٧٥	١٠- الأعراض القهرية الشائعة وتكراراتها لدى عينة من المرضى
٧٦	١١- الأفعال القهرية الحالية كما قررها ١٨٢ مريضاً
٩٢	١٢- أمثلة للوسواس وما يرتبط بها من أفعال قهرية
١١٨	١٣- المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري
١٢١	١٤- نماذج من بنود قائمة «لايتون» الوسواسية
١٢٣	١٥- نماذج من بنود قائمة «مودسلي» للوسواس القهري
١٢٥	١٦- نماذج من بنود قائمة النشاط القهري
١٢٦	١٧- نماذج من بنود قائمة «بادوا»
١٢٧	١٨- البنود الأساسية لقياس «بيل - براون» للوسواس القهري

الصفحة	موضوع الجدول
١٣٣	١٩- نماذج من بنود المقياس العربي للوسواس القهري
١٣٥	٢٠- نتائج المقياس العربي للوسواس القهري قبل العلاج وبعده
١٣٥	٢١- معاملات الارتباط بين درجات المقياس العربي للوسواس القهري وثلاثة هرمونات قبل العلاج لدى عينة من المرضى
١٣٧	٢٢- معاملات الارتباط بين درجات المقياس العربي للوسواس القهري وأربعة هرمونات بعد العلاج لدى عينة من المرضى
١٤٦	٢٣- العمر عند بداية اضطراب الوسواس القهري
١٥٠	٢٤- السوابق التطورية الشائعة أو سمات قبل المرض لدى مرضى الوسواس القهري الراشدين
١٦٠	٢٥- أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين
١٦١	٢٦- أهم أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين تبعاً لدراسة أحدث
١٧٢	٢٧- متوسط مقياس «وكسلر» لذكاء الراشدين لدى مرضى الوسواس القهري
١٨١	٢٨- الفروق بين الجنسين في أعراض الوسواس القهري
١٨٣	٢٩- توزيع موضوعات الوسواس في كل من إنجلترا والهند
١٨٤	٣٠- الموضوعات الشائعة للوسواس في مصر والهند وإنجلترا والقدس
٢٠٠	٣١- أهم الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري
٢٠٢	٣٢- الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهري تبعاً لدراسة واقعية
٢٠٣	٣٣- الأمراض المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري في عينة من المرضى المصريين
٢١١	٣٤- المحكات التشخيصية لاضطراب سوء شكل الجسم

الصفحة	موضوع الجدول
٢١٣	٣٥- جوانب النقص العضوي كما يدركها المريض باضطراب سوء شكل الجسم
٢١٧	٣٦- المحكات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي
٢٢٥	٣٧- المحكات التشخيصية لاضطراب توهم المرض
٢٢٨	٣٨- المحكات التشخيصية لهوس نَفَسِ الشعر
٢٣٣	٣٩- المحكات التشخيصية لاضطراب «توريت»
٢٣٥	٤٠- الأعراض الوسواسية القهرية في اضطراب «توريت»
٢٤٢	٤١- المحكات التشخيصية للمقامرة المرضية
٢٥٧	٤٢- المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية
٢٦٢	٤٣- أهم خصال مضطربي الشخصية الوسواسية القهرية
٣٢١	٤٤- معايير استخدام جراحة الأعصاب في علاج الوسواس القهري
٣٣٠	٤٥- عينة من بنود قائمة تعرض متصلة بالخوف من التلوث
	٤٦- نماذج من بنود قائمة تعرض متصلة بالخوف من الضرر الصادر عن
٣٣١	القوى فوق الطبيعية
٣٤٥	٤٧- المراقبة الذاتية للطقوس

الأشكال

الصفحة	الموضوع
٢٥	١- منظر من مسرحية «الليدي ماكبث» يجسد القهر المتصل بغسل اليدين
٢٧	٢- صورة للدكتور «جونسون» وسلوكه الطقوسي الغريب
٥٣	٣- «هيوارد هيز» المليونير الأمريكي الذي عانى من الخوف الوسواسي من التلوث
٦٩	٤- طقوس عدم السير على شقوق الطوار (الرصيف)
٩٣	٥- طقوس الاغتسال
١٣٦	٦- متوسط الدرجة على المقياس العربي للوسواس القهري قبل العلاج وبعده
١٧٩	٧- العمر عند بداية اضطراب الوسواس القهري
٢٠١	٨- أهم الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري
٢٩٨	٩- النموذج المعرفي السلوكي لتطور اضطراب الوسواس القهري
٣٠٣	١٠- تراكيب الدماغ التي يفترض ارتباطها باضطراب الوسواس القهري
٣١١	١١- نموذج أسباب اضطراب الوسواس القهري (بارلو)

مقدمة

يحدث لدى كثير من الناس أن تلح على خاطرهم فكرة معينة ، أو يشغلهم موضوع أو أمر محدد زمناً ليس بالقصير ، كاسم شخص معين ، أو أحد تصرفات زميل ، أو «أنني لم أغلق الباب جيداً» أو «أنني لا بد أن أغسل يدي لأتھما ملوثنان» ، أو لحن موسيقي خاص ، أو مقطع في أغنية ، أو بيت من الشعر ، أو اسم دواء معين ، أو حادث تم يوم أمس ، أو خبر في الصحيفة اليومية . . . ، وغير ذلك كثير . وتلح هذه الفكرة أو الموضوع علينا إلحاحاً شديداً ، فنكررها ، ولا نستطيع منها فكاكاً ، ولا نجد منها مخرجاً أو مھيصاً .

وتتصف هذه الأفكار الضاغطة علينا أو المقتحمة لعقولنا بصفات شتى ، فقد تكون حبيبة أو كريهة ، جميلة أو قبيحة ، خيرة أو شريرة ، رھيبة أو عجيبة أو شاذة ، على قدر من الأهمية أو ساذجة تافهة غير ذات معنى . . . ، وقد يستمر هذا الإلحاح واقتحام العقل والتكرار فترة ما ، وغالباً ما يختفي بعد ذلك ، ويكون ذلك إلى غير رجعة في كثير من الأحيان ، ولكن لتبدأ أفكار أخرى غالباً في مناسبة تالية ، إلا أن الأكثرية العظمى من الناس يدعون هذه الأفكار تدخل من أذن وتخرج من الأخرى .

كما ظهر أن كثير أعمى يعملون أعمالاً عقلية تمر بهم ليال يجدون فيها صعوبة في الاستغراق في النوم نتيجة لموضوعات ذات طبيعة قهرية ، تدور في عقولهم ، ويفكرون فيها - كذكریات اليوم الماضي ، أو خطط الغد ، أو أي حادث غير عادی تتركز حوله الأفكار .

ونسارع إلى القول بأن بعض هذه الأعراض أو نظائرها قد توجد لدى أي فرد منا دون أن تعمق عمله أو حياته الشخصية أو علاقاته الاجتماعية ، ودون أن تتدخل - في معظم الأحيان - في حسن قيام الفرد بوظائفه المتعددة ومهامه المتنوعة المنوطة به في شتى المجالات .

وتعمل هذه الأفكار التي تقتحم عقولنا إلى الحدوث بتكرار أكثر في أثناء الخبرات

الانفعالية العميقة كالقلق ، ومواجهة موقف عصيب أو حادث ضاغط ، وفي مواقف تجريبية محددة كما يحدث بعد مشاهدة فيلم ضاغط ومزعج أو مشير للشهوة الجنسية ، كما تتزايد هذه الأفكار في حالات التعب أو التوتر ، وتتناقص في حالات الاسترخاء .

ومن ناحية أخرى فقد يكون من خصائصنا أن نراجع غلق الأبواب أو الأنوار أو النوافذ مراراً وتكراراً للتأكد من غلقها ، وقد نعرف أشخاصاً «مرضى بمرض النظافة» - إن جاز التعبير - يغسلون أيديهم عدداً كبيراً وغير مألوف من المرات ، أو يغسلونها عدداً محدداً من المرات لا يتقصونه ولا يزيدون ، وإذا اضطرت «عملية العدّ» هذه أو زادت أو نقصت بدأوا «العملية» من جديد . ولعل بعضنا قد سمع عن أشخاص يطهرون الصابون بالصابون ، أو عن المطرب الشهير الذي يغسل الحضرافات بالكحول ، أو عن السياسي الأشهر الذي كان يجلس إلى جواره مساعد يطهر له يده اليمنى «بالكلونيا» بعد أن يسلم على كل ناخب من مؤيديه !

على أن أطرف ما سمعته من زميل ذلك الرجل الذي كان يغسل الصحيفة اليومية ثم يتركها تحف قبل أن يقرأها ، وذلك تجنباً للتلوث . والرجل الآخر الذي كان يقطع «الحروف» الخارجية للصحيفة لاعتقاده بأن ذلك يحل مشكلة تلوثها أو ربما تكون قد سمعنا عن المليونير «هيوارد هيوز» الذي استحوذت عليه أفكار القذارة والجراثيم والتلوث ، حيث اتخذ تدابير وقائية شديدة الدقة والتنوع ، إلى الدرجة التي استغرقت فيها معظم وقته ، حتى عجز عن الوفاء بمطالباتها القاسية ، فتوقف عن القيام بطقوسه في أواخر عمره ، وما ذلك إلا طرف من اضطراب الوسواس القهري* .

* هذه ترجمة : Obsessive Compulsive Disorder ، والأصوب أن تترجم «الاضطراب الوسواسي القهري» ، حيث إن كلاً من الوسواس والقهر - بالدرجة ذاتها - وصفان للاضطراب ، وأما الترجمة المستخدمة ففيها «القهري» تصف «الوسواس» ، وهذا غير صحيح . ولكن الترجمة المستخدمة في ثانياً هذا الكتاب قد استقرت سنين طويلة في العربية ، ويبدو أن قوة الشيع وذبح الاستخدام قد أشاعا القول المأثور : «خطأ مشهور خير من صواب مهجور» .

وتتصل كل هذه الأنواع من السلوك بما يسميه المختصون في علم النفس المرضى والطب النفسي باضطراب الوسواس القهري . والوسواس أفكار عنيدة ، وتفكير يتخذ طابع الإصرار والاستمرار ، ودفعات لفعل أمور معينة ، أو صور عقلية وتصورات يجربها الفرد ويمر بها ، ويرى أنها تقتحم فكره وتتدخل فيه ، وأنها غير ملائمة ولا مناسبة ، وتسبب ألماً ملحوظاً وضيقاً شديداً (APA,1994,p.418) .

وأما القهر فهو «سلوك متكرر (كفعل اليدين ، وترتيب الأشياء ، والمراجعة) ، وهو كذلك أفعال عقلية كالعد ، وتكرار الكلمات بطريقة صامتة . ويهدف القهر إلى أن يمنع القلق أو يخفف من الضيق والألم ، ولا يهدف إلى أن يجلب للفرد السرور ولا أن يحقق له الإشباع» (APA,1994,p.418) . ويشعر الفرد أنه مغلوب على أمره مضطر ومجبر ومقهور على القيام بالفعل ، ومن هنا سمي «القهر» .
انظر إلى هذه الحالة المرضية :

حالة الرجل الذي يخاف الذرات الدقيقة :

«فريد» رجل متقاعد في الخامسة والستين من عمره ، يصف مخاوف لها تاريخ يمتد إلى عام واحد ، وتتلخص في الخوف من أن جسيمات أو ذرات دقيقة يمكن أن تدخل في جسمه ، وتسبب له المرض . ولم يكن لديه وسواس من الميكروبات أو العدوى ، ولكن بالأحرى كانت لديه فكرة مسيطرة من أنه يمكن أن يستنشق أو يتلصق مادة معينة تنتج عن مصادر متعددة ، أو أن هذه الجسيمات يمكن أن تنغرز في حنجرته أو تلتصق بعينه .

وقد استشار أطباء كثيرين ، وشكا من إحساس بوجود جسم غريب في حنجرته أو في عينيه ، أو في مكان آخر من جسمه . وعلى الرغم من خضوعه لفحوص طبية عديدة فقد أخفق «فريد» في أن يستجيب للطمأنة التي صدرت من مصادر طبية كثيرة بأنه طبيعي وسوي .

وكان صوت الصلصلة الناتج عن اصطدام زجاجتين يعد علامة خطر بالنسبة

إلى «فريد» ، لأن هناك - عندئذ - إمكانية لأن يتناثر جسيم دقيق من الزجاج ويقفز إليه ، ويتخذ هدفاً له ، كما كان المرور عبر مدخل ما يعد مخاطرة عادة ؛ لأن الجسيمات أو الذرات الدقيقة يمكن أن تخرج من إطار الباب نتيجة لاحتكاك جسمه به ، وتلوثه .

لقد ترك «فريد» المطعم ذات مرة قبل أن يكمل تناول طعامه عندما رأى عاملاً غير مصباح الإضاءة (اللمبة) ، فذلك دليل مؤكد على أن جسيمات المصباح يمكن أن تسقط في طعامه . وكان يحاول دوماً أن يتجنب هذه الذرات الدقيقة أو الجسيمات بطرق عدة ، منها تشييف الأواني والأدوات الفضية للمائدة ، ويفحص بدقة - قبل تناول طعامه - كل الأسطح الخاصة بأدوات المائدة التي يستخدمها .

وعندما كان «فريد» يجلس في عيادة المعالج انتقل فجأة إلى مقعد آخر ، عندما عرف أن المقعد الذي كان يجلس عليه يقع مباشرة تحت فتحة التهوية الموجودة في سقف الغرفة ، وهو مصدر آخر للجسيمات الدقيقة التي يخافها ، وكان عندما يوجد مع عدد كبير من الناس يحتفظ بغمه مغلقاً بقدر المستطاع ، حتى يترك لأثفه مهمة تصفية (أو ترشيح) ما عسى أن يوجد من جسيمات خطيرة بطريقة أكثر فاعلية .

وأصبحت حياة «فريد» محصورة ومقيدة تماماً ؛ لأن أي مكان تقريباً يكمن فيه احتمال للخطر ، ولا حاجة إلى القول بأن زوجته كانت منزوعة جداً من هذه المعتقدات والسلوك الغريب ، وحدث لديها اضطراب نتيجة تأثيره فيها ، فذكرت مثلاً أن وضع البنزين في السيارة كان من مهمتها هي ؛ لأن «فريد» كان غير قادر حتى على خفض زجاج السيارة في محطة بنزين تقدم الخدمة الكاملة ، وفضلاً عن ذلك فقد جعلها تنشغل بعاداته هو بأن طلب منها أن تغسل يديها بدقة إذا كانت - وهي تحضر الطعام - قد لمست مقبض باب ، أو حركت مفاتيح التلفاز ، والتي قد تلوث يديها .

* * *

ويعد خط سير اضطراب الوسواس القهري - من منظور طولي - لدى هذا المريض

غير عادى ؛ فإن متوسط العمر الذي يبدأ فيه هذا الاضطراب عادة هو أواخر العقد الثاني وأوائل العشرينات من العمر ، وتظهر الأعراض على الذكور قبل الإناث بسنوات عديدة . وإن بداية هذا الاضطراب بعد عمر الأربعين يعد أمراً غير شائع ، ومن ثم تعد حالة «فريد» غير نموذجية في هذا الصدد .

إن وسواس التلوث تتضمن عادة القلابة أو الميكروبات ، وحتى السموم والكيمائيات والمنظفات والمطهرات والإشعاعات ، وتدخل كذلك أحيانا في اهتمام المريض سواكل الجسم . إن خوف هذا المريض من الجسيمات أو الذرات الدقيقة يعد أمراً غير عادى إلى حد ما ، ولكنه يُعد متسقاً تماماً مع وسواس التلوث ، الذي يرتبط بدوره ارتباطاً وثيقاً بكل من طقوس التنظيف والتجنب (Greist & Jefferson, 1995,pp. 129-131) .

ويختلف اضطراب الوسواس القهري كثيراً عن بعض أنواع السلوك السحري أو «خرافات» الحياة اليومية ، وهى أنواع من الأفكار الجامدة النمطية ، كأن يتفاد الطالب بقلم معين فيستخدمه في الإجابة عن الامتحان ، ويتضايق بشدة إن لم يجده ، أو يتفاد بملابس معينة ، أو يعتقد أن بعض الأرقام تجلب الحظ ، وكثير منا يمسك الخشب في مواقف نشعر فيها بإمكانية الحسد . . . ، وغير ذلك كثير . ولكن ذلك يختلف بالتأكيد عن الأفكار الغريبة والمذهلة والطقوس والشكوك التي تجرى في ذهن المريض ، والتي تبدأ غالباً بطريقة فجائية ، وقد تصل إلى مستوى يُعجز الفرد ويعوق حياته (Rapoport, 1989, p.1) . والتي رأينا مثالا لها في الحالة السابقة .

وقد تعد بعض أعراض الوسواس القهري - في ذاتها - صفات مرغوبة أو خصالاً حميدة ، أو خصائص يوسم بها الأخيار من البشر - ولكن بدرجة متطرفة - كالنظافة والدقة والنظام وبقطة الضمير والوفاء بالعهد . . . ، ويمكن أن تعد بعض هذه الصفات - وحتى في درجتها المتطرفة - لازمة لبعض المهن ، كالنظافة المفرطة بالنسبة إلى الجراح ، والدقة والنظام والمراجعة بالنسبة للباحث العلمي ، وتكرار التأكد من صلاحية أجهزة

قيادة الطائرة قبل الإقلاع لدى الطيار ، وبقظة الضمير والوفاء بالعهد بالنسبة لأي إنسان صالح . أما إذا زادت حدة هذه الأعراض وأشبهها ، وارتفع عددها ، فإنها تصل غالباً إلى اضطراب الوسواس القهري ، وبدلاً من تيسيرها لحياة الفرد فإنها تعوق توافقه ، وتؤثر سلباً في حسن أدائه لأدواره .

ما الفرق بين الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأسوياء واضطراب الوسواس القهري عند المرضى أو المضطربين ؟ لقد ظهر أن معظم الأسوياء (من ٨٠٪ إلى ٩٠٪ منهم) توجد لديهم وساوس (وهي الجانب المعرفي) وقهر (وهو الجانب السلوكي) . ويرى بعض الباحثين أن الوسواس منتشرة في حياتنا اليومية انتشاراً كبيراً ، وأن الأفكار الوسواسية - بوجه خاص - موجودة عند كل شخص ، جربها ومر بخبرتها ، وأن بعض عادات الحياة اليومية تشبه اضطراب الوسواس القهري شبهاً كبيراً .

وعلى الرغم من أن الخط الفاصل بين السلوك السوي والمرضي صعب التحديد إلى حد ما ، فقد وضعت معايير ناجحة في التفرقة بينهما ، أهمها أن وساوس المرضى وسلوكهم القهري تحدث بتكرار أكبر ، وتستغرق وقتاً أطول ، وتسبب الضيق ، وتقاوم بعناد وقوة أشد ، ويواجه الفرد صعوبة أكثر في طردها ، وتعوق التوافق الاجتماعي والمهني للفرد ، ويشعر بأن هذه الأفكار (الوساوس) والطقوس (الأفعال القهرية) حمقاء وسخيفة وغير ذات معنى ، ومع ذلك لا يستطيع الفكك منها .

واضطراب الوسواس القهري ليس اضطراباً حديثاً ولا مكتشفاً في الآونة الأخيرة ؛ إذ يُرجعه بعض الباحثين إلى قدماء المصريين ، وقد وصف «جالينوس» (١٣٠-٢٠٠ تقريباً) في روما الوسواس ، وقدم علماء المسلمين علاجاً له ، ومنهم أبو زيد البلقي (٨٥٠-٩٣٤) ، وابن سينا (٩٨٠-١٠٣٨) ، وكتب ابن قدامة المقدسي (١١٥١-١٢٠٩) رسالة صغيرة تحت عنوان : «ذم الموسوسين» . ووصف «شكسبير» في شخصية : «الليدي ماكبث» في القرن السابع عشر الوسواس وطقوس غسل اليدين المستمرة الناتجة عن الذنب بعد مقتل الملك «دنكان» .

ولم ينج بعض المشاهير من بعض الأعراض الوسواسية القهرية ، فقد كان «صامويل جونسون» (١٧٠٩-١٧٨٤) الكاتب والناقد والمعجمي الإنجليزي يعاني من طقوس قهرية غريبة لدى خروجه من الممرات والأبواب أو دخوله إليها ، وقد كشفت شخصيات تاريخية شهيرة عن بعض أعراض هذا الاضطراب ، مثل : «كولومبوس ، وتشارلز دارون ، وفلورنس نايتنجل» وغيرهم (انظر الفصل الأول) .

ومر وقت قبل أن يدخل الوسواس القهري إلى التصنيفات الطبية النفسية المعتمدة ، وفي عام ١٩٨٩ نشر كتاب «الولد الذي لا يستطيع أن يتوقف عن الاغتسال : خبرة اضطراب الوسواس القهري وعلاجه» كتبته طبيبة نفسية أمريكية هي «جوديث ريبورث» (Rapoport, 1989) ، واهتمت وسائل الإعلام في أمريكا بهذا الكتاب الذي أصبح من أكثر الكتب مبيعا في الولايات المتحدة الأمريكية على المستوى القومي ، وقد أدى هذا الاهتمام إلى زيادة عدد المرضى والمراجعين للأطباء النفسيين و علماء النفس المعالجين ، وأصبح اضطراب الوسواس القهري المرض الطبي النفسي للثمانينيات من القرن العشرين ، ثم زادت البحوث زيادة كبيرة في العقدين الأخيرين ، وتقدم فهمنا كثيرا لهذا الاضطراب ، وحدث تقدم كبير في علاجه .

ويهدف هذا الكتاب إلى تقديم معلومات عن هذا الاضطراب : أعراضه ، ومعدلات انتشاره ومآله ، وأسبابه ، وعلاجه ، . . . وذلك حتى يزداد فهمنا له . ومن الممكن أن يكون هذا الكتاب معينا ومساعدًا للمريض وأسرته ، ولكن يجب أن يعرفوا أن قراءة هذا الكتاب ليست بديلا لعرض «الحالة» على اختصاصي متمرس ، فالمعرفة في هذا المجال بوجه خاص لا تكفي للعلاج ، ومع ذلك فقد دلت بعض البحوث على أن الشفاء التلقائي موجود ، وأن العلاج الذاتي ممكن في حالات معينة .

«قل إن حياتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين» .

هذا وبالله التوفيق ، ، ،

الفصل الأول

نبذة تاريخية

البيانات المبكرة :

لاضطراب الوسواس القهري تاريخ طويل ، فقد وصف القراعة الوسواس والقهر في أوراق البردي ، إذ اتصف «حقانخت» كاهن الوزير «إبي» بأنه كان وسواسياً قهرياً وبخاصة فيما يتصل بالعد Counting ، وقد وصف «جالينوس» Galen (١٣٠-٢٠٠ تقريباً) في روما الوسواس .

إضافات المسلمين

قدم أبو زيد البلقي (٨٥٠-٩٣٤) - وهو أحد علماء العالم الإسلامي - علاجاً نفسياً معرفياً سلوكياً للوسواس ، واستخدم طرقاً مشابهة لما استخدمه «وولبي» ولازاروس» . وذكر ابن سينا (٩٨٠-١٠٣٨) في كتابه الشهير : «القانون» علاجاً لاضطراب الوسواس القهري (El-Saadany, 1996,p. 1) .

وكتب ابن قدامة المقدسي (١١٥١-١٢٠٩) رسالة صغيرة تحت عنوان : «ذم الموسوسين» ، شملت هذه الرسالة بحثاً في الوسوسة صنف إلى فصول ستة كما يلي : في النية والطهارة والصلاة ، وفي ترديد كلمات من الفاتحة أو التشهد أو التكبير . . . ، ونحو ذلك ، وفي الإسراف في ماء الوضوء والغسل ، وفي الزيادات على الغسلات الثلاث ، وفي الوسوسة في انتقاض الوضوء بخروج خارج منه ، وفي أشياء سهّل الشرع فيها وشدد هؤلاء فيها . ويدعم المؤلف آراءه بالقرآن والسنة المطهرة والأحاديث النبوية الشريفة . فيقول في تشخيصهم :

«ثم إن طائفة من الموسوسين قد تحققت منهم طاعة الشيطان حتى اتصفوا بوسوسته ، ونسبوا إلى قبول قوله وطاعته . ورغبوا عن اتباع رسول الله صلى الله عليه

وسلم وطاعته ، حتى إن أحدهم ليرى أنه إذا توضأ وضوء رسول الله صلى الله عليه وسلم أو صلى كصلاته أن وضوءه باطل ، وصلاته غير صحيحة» (ص ١٠) . ويضيف المؤلف نفسه : «وما عذر الله أحداً بذلك ، ألا يرى أن آدم وحواء لما وسوس لهما الشيطان فقبلامته ، أخرجوا من الجنة ونودي عليهما بما يُقرأ ويُدرس إلى يوم القيامة : ﴿ أَلَمْ أَنْهَكُمَا عَنْ تِلْكَ الشَّجَرَةِ وَأَقُلْ لَكُمَا إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمَا عَدُوٌّ مُبِينٌ ﴾ (الأعراف : ٢٢)» (ص ١٨) .

ويصف ابن قدامة المقدسي العلاج قائلاً :

«فمن أراد التخلص من هذه البلية فليستشعر صحة ما ذكرناه من الحق في اتباع رسول الله صلى الله عليه وسلم في قوله وفعله ، وليعزم على سلوك طريقته وعزمته من لا يشك في أنه من تسويل إبليس ووسوسته ، ويتيقن أنه عدو لا يدعو إلى خير ، ولا يرشد إلى طائل ، إنما يدعو حربه ليكونوا من أصحاب السعير» (ص ١٢) (ابن قدامة المقدسي ، ١٩٨٨) . ومن ناحية أخرى ذكر الأنطاكي (١٥٤١-١٥٩٩) فائدة محلولة زهرة القطن واللبن المغلي في علاج الوسواس (Op.Cit.) .

العصور الوسطى وما بعدها :

ترجع بعض التسجيلات المبكرة لسلوك الوسواس القهري في أوروبا إلى القرن الخامس عشر ، فقد وصفت حالة رجل صغير السن بأنه لم يكن قادراً على أن يمنع نفسه من إخراج لسانه أو من النطق بالبداءات (الألفاظ القبيحة) بصوت مرتفع حالما يحاول أن يصلي (Shear & Frosch, 1986) .

ووصف «شكسبير» في شخصية السيدة «ماكبث» في القرن السابع عشر ، الوسواس وطقوس غسل اليدين المستمرة الناتجة عن الذنب بعد قتل الملك «دنكان» . وتعد هذه واحدة من أكثر المظاهر شهرة للسلوك الوسواسي القهري في الأدب الإنجليزي (انظر شكل ١) .



شكل (١) هذا المنظر الشهير من مسرحية «الليدي ماكبث»

يجسد قهراً متصلاً بغسل اليدين

وقد أمدنا «بوزويل» Boswell بوصف ممتاز لفعل قهري لدى شخص سوي في السيرة الذاتية التي كتبها لرجل الآداب العظيم والكاتب والناقد والمعجمي الإنجليزي في القرن الثامن عشر ، ونقصد «صامويل جونسون» Johnson ، ويعرف عادة بالذكور جونسون (١٧٠٩-١٧٨٤) . فقد علق «بوزويل» على بعض ما انفرد به «جونسون» وعد خصوصية له كما يلي : «كان لديه خصوصية أخرى لم يجرؤ أي من أصدقائه قط أن يطلب منه تفسيراً لها ، ويبدو أنها نوع من العادات الخرافية التي اكتسبها في سن مبكرة ، ولم يدعه عقله قط للتخلص منها . وتلخصت هذه العادة في عنايته واهتمامه الشديدين بالخروج من الباب أو الممر أو الدخول إليه بعد عدد معين من الخطوات التي تبدأ من نقطة معينة ، وذلك حتى يتعين أن تقوم إما قدمه اليمنى أو اليسرى (ولست متأكداً أيهما) بالحركة الفعلية الأولى عندما يصبح قريباً من الباب أو الممر . وقد أتيت لي مناسبات ومرات لاحصر لها للملاحظة ، فكنت أحس أو أخمن أنه سوف يتوقف فجأة ، ويبدو أنه عندئذ يعد خطواته في جدية واهتمام عميقين ، وعندما يغفل شيئاً أو يخطئ في هذا النوع من الحركات السحرية كنت أشاهده يعود مرة ثانية ، ويضع نفسه في الموقع المناسب لبدأ «الحفلة» ، ويمر من خلال الباب أو الممر ، ويذهب عنه ذهنه ، ويمشي بخطوات سريعة نشطة ويلحق بصحبه» (de Silva & Rachman, 1998, p.11) . تلخصت عادته الغريبة إذن في اتباعه طقوساً معينة لدى دخوله من الحجرات أو الممرات أو خروجه منها ، وكان يستخدم عدداً محدداً من الخطوات ، ويعبر العتبة دوماً بالقدم نفسها (Baer, 1992, p.6) .

ومن بين الأشياء الغريبة التي كان يقوم بها «جونسون» أيضاً أنه لم يخط قط على الشقوق التي تفصل أحجار الطوار (الرصيف) ، كما كان يلمس كل عمود طوال الطريق أو الشارع الذي يسير فيه ، وإذا ما نسى عموداً فكان يترك أصدقائه ينتظرونه حتى يقفل راجعاً ليلمسه (Rapoport, 1989, p. 4) . وقد رسم «السير رينولدز» قرابة عام ١٧٥٠ صورة للذكور «جونسون» (انظر شكل ٢) ، وسجل عليها ما كتبه أحد معاصري «جونسون» عن سلوكه الطقوسي الغريب في أثناء مروره من الأبواب (ريبورت ، ١٩٨٩ ، ص ٦٠) .



لقد التوى ولفّ ودارَ استعدادًا لأداء
حركاته الإيمائية. وكان حائلاً يُفْهِمها، يندفع
فجأةً قافلاً وقاطعاً خطوةً واسعةً يتخطى
فيها عتبة المدخل وكأنه يحاول كَسْبَ رهان
على اتساع الخطوة التي يستطيع قفزها.

شكل (٢) : صورة للدكتور «جونسون» رسمها السير «رينولدز»
وسجل عليها ما كتبه أحد معاصري «جونسون» عن سلوكه الطقوسي
الغريب عند مروره من الأبواب. عن: (ريوبورت ، ١٩٨٩)

القرن الثامن عشر وما تلاه :

ظهرت حكايات وإشارات إلى السلوك الوسواسي القهري في التراث الشعبي والإنتاج العلمي والفكري منذ أكثر من مائة عام ، فقد وصف «إسكيرول» Esquirol بإيجاز أنماط التفكير الوسواسي في عام ١٨٣٨ ، وعدها شكلا من أشكال الهوس الأحادي Monomania العقلي ، وهو يعنى به الهوس أو المس المقصور على فكرة واحدة أو مجموعة من الأفكار ؛ أي : التركيز المفرط على فكرة واحدة ، وذلك تبعا للنظام التصنيفي الأولى الذي وضعه . وحدد هذا النمط من الأفكار على أنه تركيز عميق على موضوع واحد ، وتكوين مبادئ خاطئة ، يشتق منها استنتاجات ، ويضع عليها نتائج زائفة . وغط التفكير هذا - كما افترض «إسكيرول» - يغير من الوجدان والسلوك وقوة الإرادة لدى المريض . وقد وصف «إسكيرول» أول حالة للعبد الوسواسي (McCarthy & Foa, 1990) .

وتجدر الإشارة هنا إلى أن العرب وعلماء الإسلام سبقوا كل هؤلاء في صك المصطلح وبيان أعراض الاضطراب وعلاجه ، كذلك سبق الجميع قدماء المصريين في الإشارة إليه .

وسمى «فارلى» Farlet الوسواس بأنها «مرض الشك» . ووضع «موريل» Morel عام ١٨٦١ مصطلح «الوسواس» Obsession ، وأصر على أنه مرض انفعالي . وقدم «إبنج» Ebing عام ١٨٦٧ المصطلح إلى الطب النفسي الألماني ، ولاحظ أن الوسواس تتأثر بالاكْتِئاب . واستخدم «جريسنجر» Griesinger عام ١٨٧٠ المصطلح ليصف الأفكار المعاودة التي تحدث على شكل أسئلة ولا تخضع للسيطرة . وأقام «وستفال» Westphal عام ١٨٧٨ تكاملاً بين وجهات نظر سابقيه ، وافترض أن الأفكار الوسواسية مستقلة عن أية حالة وجدانية توجد في الوعي أو الشعور على الرغم من إرادة المريض وضد هذه الإرادة ، كما ينظر إليها المرضى على أنها شاذة وغريبة .

وقد ركز «مستفال» على المعرفة ، وأنكر اعتماد الوسواس على الوجدان ،
ويتعارض ذلك مع فكرة «إينج» الذي ربط بين الوسواس والاكتئاب ، كما يتعارض مع
آراء الأطباء النفسيين الفرنسيين الذين أصرّوا على الأساس الوجداني للوسواس . ومن ثم
فقد عرف الأطباء النفسيون الألمان الوسواس بأنها مرض للعقل ، واعتقدوا - على
العكس من نظرائهم الفرنسيين - أن حدوث القلق أو الاكتئاب يعد ثانوياً ، وليس له دلالة
سببية (El-Saadany, 1996, p.2) .

وعرض «بيريوس» لتاريخ اضطراب الوسواس القهري في فرنسا خلال القرن
التاسع عشر فقال : إن ظاهرة الوسواس القهري عدت - حتى الخمسينيات من القرن
التاسع عشر - نوعاً مختلفاً عن الفكرة القديمة «للجنون» ، وأصبح الوسواس القهري يُعد
- حول هذا الوقت - مرضاً مختلفاً ؛ من حيث كونه عضواً في الفئة القديمة للعصاب
(الاضطراب النفسي) بادئ ذي بدء ، ثم بوصفه نوعاً مختلفاً عن الفكرة التي تكونت
حديثاً لتضم الذهان (المرض العقلي) ، ثم عد بعد ذلك على أنه ذهان حقيقي .

وتعكس هذه التغيرات التقلات النظرية في تعريف الفئات الطبية النفسية
الأساسية ، وبعد عام ١٨٦٠ قُدمت فروض عضوية بوصفها أسباباً لاضطراب
الوسواس القهري ، متضمنة خلافاً وظائف الجهاز العصبي اللاإرادي وإمداد المناطق
اللمحائية (قشرة المخ) بالدم ، كما وُضعت فروض نفسية ، بما فيها المعجز الإرادي أو
العقلي أو الانفعالي . وفي أواخر ثمانينيات القرن التاسع عشر حقق اضطراب الوسواس
القهري التعريف الإكلينيكي والتصنيف الكامل (Berrios, 1989) .

ولقد كان الفيلسوف الفرنسي (والنفسى) «بيير جانيه» Janet في عام ١٩٠٣ أول
من قام ببحث مهم في الوسواس والقلق ، وقدم مفهوم السيكاستينيا Psychasthenia ،
وشمل الوسواس والخاوف المرضية وبقيّة الاضطرابات العصابية ، ولكنه استبعد
الهستيريا . ووصف الأفراد الوسواسيين بأنهم شكاكون مرتابون Scrupuleux ،
ونظر إلى الوسواسيين - مثله في ذلك مثل «إسكيرول» - على أنهم يعانون أساساً من

مشكلات في كل من قوة الإرادة وفي التحكم في العقل ، كما رأى «جانيه» أن الوسواس - وليس القهر - هي محور هذا الاضطراب العقلي ، ومن ثم فقد ركز العلاج الذي اقترحه - في المقام الأول - على الوسواس . وقسم الوسواس - اعتماداً على مخططة التصنيفي - وتبعاً لاحتوائها إلى خمس فئات كما يلي : الجريمة ، وتدنيس المقدسات أو دور العبادة ، والخزى ، وعدم الكفاءة البدنية ، وتوهم المرض . وميز «جانيه» بين أربعة مكونات تشيع في كل أنواع التفكير الوسواسي وهي :

١ - لا تركز الأفكار الوسواسية على الموضوعات الخارجية ولكن على سلوك المريض ، مثال ذلك أن الخوف من السكاكين هو في الحقيقة خوف من ارتكاب جريمة قتل .
٢ - تتضمن الأفكار الوسواسية الأفعال السيئة وغير المقبولة فقط ، ولا تملئ دائماً الأخلاقيات العامة درجة السوء أو عدم القبول لهذه الأفعال ، وبدلاً من ذلك فإنها تختلف تبعاً لرغبات الأفراد وإراداتهم ، مثال ذلك شخص تستحوذ عليه فكرة أن صلواته يجب أن تكون كاملة في شكلها .

٣ - تركز الوسواس - بشكل نموذجي نمطي - على السلوك السلبي المتطرف مثل تدنيس المقدسات أو الأفعال الخطرة .

٤ - تنطلق الوسواس وتنبعث من داخل الفرد ، ولكنها تتأثر أيضاً بالحوادث الخارجية ، مع أن الأخيرة لا تسببها بل تشكل مضمونها (McCarthy & Foa, 1990) .

وقد أشار الطبيب النفسي الألماني الشهير «إميل كرايبلين» Kraepelin (١٨٥٦-١٩٢٦) إلى هذا الاضطراب باللغة الألمانية بمصطلح «Swangsneurose» (وقد سبق «فرويد» في ذلك) . وعندما ترجم المصطلح إلى الإنجليزية فقد أصبحت Swang تعني الوسواس Obsession في الترجمات البريطانية ، والقسر أو القهر Compulsion في الترجمات الأمريكية . أما المؤلفون الذين اعتمدوا على الترجمات دون الرجوع إلى اللغة الألمانية ، فقد حاولوا الانصاف بالشمولية واتساع النظرة ، ووضعوا مصطلح «الوسواس القهري» . وقد سهل ابتكار هذا المصطلح التعرف إلى جانبيين مختلفين لهذا الاضطراب :

أولهما الوسواس الذي يشير إلى محتوى التفكير ومضمونه ، وثانيهما القهر أو الإكراه الذي يشير إلى السلوك أو الأفعال (كولز ، ١٩٩٢ ، ص٢٣٩) .

تتبع «فرويد» Freud عام ١٩٠٨ أصول عصاب الوسواس القهري إلى مرحلة التطور الشرطي السادي والذكريات المكبوتة عن الذنب الجنسي . وحدد «شneider» Schneider عام ١٩٢٥ الوسواس على أنها مستويات للوعي تصاحبها جوانب قهرية ذاتية لا يمكن استبعادها على الرغم من إدراك الفرد لها على أنها عديمة الأهمية .

ورأى «أوبري لويس» A.Lewis عام ١٩٣٦ أن إدراك الوسواس على أنه عديم الأهمية ليس هو الطبيعة الأساسية للاضطراب ، حيث إن الوسواس ليست دائما عديمة الأهمية أو مسخيفة ، ونقد «شneider» فيما ذهب إليه من أن الأفكار الوسواسية مضادة لإرادة المريض وعلى الرغم منها (El- Saadany, 1996, p.2f) .

شخصيات تاريخية وسواسية :

كشف كثير من الشخصيات التاريخية عن التصاق وسواسي قهري بأهدافهم على الرغم من تبيط همتهم وتسخيف آرائهم : فقد ثابر «كولومبس» (١٤٥١-١٥٠٦) البحار والمكتشف لمدة ثمانية عشر عاماً في جهوده لتوفير تمويل لبعثته إلى الهند (حيث وصل إلى العالم الجديد : أمريكا دون أن يدري) . وقام «تشارلز دارون» (١٨٠٩-١٨٨٢) بجمع الأدلة على نظريته في النشوء والارتقاء لمدة اثنين وعشرين عاماً قبل أن يقدم أفكاره عن التطور (Kisler, 1977, p.215) ، ولم يصبح «دارون» قادراً على التغلب على عدم الحسم الوسواسي لديه إلا بعد أن ووجه باحتمال أن يسبقه في النشر زميل له ، ومن ثم وضع «دارون» كتابه : «في أصل الأنواع» في يد الناشر (Coleman, et al., 1980, p.215) . وقد سبق أن ذكرنا (في ص٢٦) وسواس الدكتور «جونسون» رجل الآداب العظيم ، والكاتب والناقد والمعجمي الإنجليزي . وفي وقت أحدث درس «محمد رجبالي» شخصية «فلورنس نايتنجيل» Nightingale (١٨٢٠-١٩١٠) وهي ممرضة بريطانية رائدة في تقديم طرق التمريض الحديثة ،

وبذلت جهوداً كبيرة في تأسيس التمريض بوصفه مهنة محترمة ، وأسست عام ١٨٦٠ مدرسة ومقرًا لتدريب الممرضات ، واستنتج أنها تكشف - مع زميلات مرضية أخرى - عن ميول وسواسية قهرية (Rajabally, 1994).

ويوجد في تاريخ الأدب الأوروبي ثلاثة نماذج تجسد الوسواس المتعلقة بفكرة معينة هي فكرة الموت ، وهذه النماذج هي : «فرانز كافكا» F. Kafka (١٨٨٣-١٩٢٤) ، وهو كاتب تشيكي كان يكتب بالألمانية ، تشيع وسواس الموت والاحتضار في رواياته . «فرجينيا وولف» V. Woolf (١٨٨٢-١٩٤١) وهى روائية بريطانية وناقدة ، أصيبت بالوسواس بعد موت والديها وأخيها الأكبر ، وقد انتحرت في النهاية . وأخيراً وليس آخراً : «سيزار بافيز» C.Pavese (١٩٠٨-١٩٥٠) وهو روائي إيطالي كان يعاني من وسواس الموت وقد انتحرت في النهاية . وقد دعا ارتباط الوسواس بالموت إلى وضع مفهوم «وسواس الموت» (Abdel- Khalek, 1998b, 2000b, 2002).

الدليل التشخيصي الأمريكي :

في عام ١٩٥٢ صدر «الدليل التشخيصي والإحصائي الأول»-DSM-I للاضطرابات النفسية عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA ، وضم هذا الدليل سبعة تصنيفات فرعية لاضطرابات العصاب النفسي منها «استجابة الوسواس القهري» ، ثم صدرت الطبعة الثانية من هذا الدليل عام ١٩٦٨ ، واعتمدت هذه الطبعة على تصنيف «كريبلين» بعد أن خضع لتعديلات شتى ، وشملت تسع فئات فرعية للعصاب منها «عصاب الوسواس القهري» ، ثم صدر الدليل الثالث عام ١٩٨٠ ، وأدخلت فيه تعديلات جذرية متعددة ، وأصبح الوسواس القهري أحد التصنيفات الفرعية المدرجة تحت فئة اضطرابات القلق ، واستمر الأمر ذاته في الدليل الثالث المعدل الصادر عام ١٩٨٧ ، والرابع عام ١٩٩٤ .

وفي هذا الدليل الأخير تضم اضطرابات القلق Anxiety disorders الفئات الفرعية

العشر الآتية :

- ١- اضطراب الهلع .
- ٢ - الخوف من الأماكن الواسعة .
- ٣- مخاوف محددة .
- ٤ - المخاوف الاجتماعية .
- ٥ - اضطراب الوسواس القهري .
- ٦ - اضطراب الضغوط التالية للصدمة .
- ٧ - اضطراب الضغوط الحاد .
- ٨ - اضطراب القلق العام .
- ٩ - اضطراب القلق الناتج عن حالة طبية معينة .
- ١٠ - اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة .

ملخص

سجل تاريخ البشرية منذ مصر القديمة حالات وسواس قهري واضحة ، ووصف «جالينوس» (١٣٠ - ٢٠٠ تقريباً) هذا الاضطراب في روما . وفي العصور الإسلامية الزاهرة قدم كل من «أبو زيد البلقي ، وابن سينا» علاجاً نفسياً لهذا الاضطراب ، وكتب ابن قدامة المقدسي رسالة صغيرة تحت عنوان «ذم الموسوسين» .

وترجع بعض التسجيلات المبكرة لسلوك الوسواس القهري في أوروبا إلى القرن الخامس عشر ، ووصف «شكسبير» في شخصية السيدة «ماكبث» الوسواس وطقوس غسل اليدين الناتجة عن الذنب بعد مقتل الملك «دنكان» .

وكشف كثير من الشخصيات التاريخية عن التصاق وسواسي قهري بأهدافهم ، مثل «كولومبس ، ودارون ، ونايتنجل» ، وتوجد ثلاثة نماذج على الأقل في تاريخ الأدب الأوروبي تجسد الوسواس المرتبطة بالموت ، وهم : «فرانز كافكا ، وفرجينيا وولف ، وسيزار بافيز» .

وفي عام ١٨٣٨ وصف «إسكيرون» أنماط التفكير الوسواسي ، وقام عدد من الأطباء النفسيين في القرن التاسع عشر ثم العشرين بتحديد هذه الحالات مع محاولات لفهم أسبابها ، ومنهم : «فارلي ، وموريل ، وإينج ، وجريسنجر ، ووستفال ، وبيير جانيه ، وإميل كريلين ، وشنايدر ، وفرويد ، وأوبري لويس» .

وصدر الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات النفسية عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين في عام ١٩٥٢ متضمناً استجابة الوسواس القهري بوصفها فئة من فئات العصاب النفسي ، وفي الطبعة الرابعة من هذا الدليل أدرج اضطراب الوسواس القهري من بين فئات اضطرابات القلق .

وأياً ما كان تصنيف الوسواس القهري عبر التاريخ الطبي النفسي فإن الجانبيين الأساسيين في هذا الاضطراب هما : الوسواس (أفكار) والقهر (أفعال أو طقوس) ، وسنعرض للأولى في الفصل التالي ، وللقهر في الفصل الثالث ، ونبدأ بالوسواس .

* * *

الفصل الثاني

الوساوس

تمهيد :

يتسم اضطراب الوسواس القهري - على مستوى الوصف العيادي (الإكلينيكي) - بجانبين أساسيين هما : الوسواس والقهر ، ومن النادر أن توجد الوسواس دون القهر ، أو أن يوجد القهر دون وسواس ، فالتداخل بينهما كبير ، ويكون السياق - في معظم الأحوال - أن الفكرة الوسواسية تتسبب في حدوث الفعل القهري . ولكننا سنفصل القول عن كل من الوسواس والقهر في فصلين مستقلين (الثاني والثالث) لتسهيل فهمهما ولتنظيم العرض .

ويعرض هذا الفصل تعريف الوسواس وأشكالها ومحتواها وتصنيفاتها وتغير مضمونها عبر العصور ، والفرق بين الوسواس والضلالات ، ونبدأ بتعريف الوسواس .

تعريف الوسواس

أ- المعنى اللغوي :

«الوسواس (بفتح الواو) في اللغة العربية الشيطان ، وهو أيضا مرض يحدث من غلبة السوداء ، يختلط معه الذهن . والفعل وسوس ، فيقال وسوس الشيطان إليه ، وله ، وفي صدره وسوسة ، ووسواساً : حدثه بما لا نفع فيه ولا خير . ويقال : وسوست النفس . وسوس : تكلم بكلام خفي مختلط لم يبينه . وسوس اعتزته الوسواس . وسوس همس ، كأن يقال : وسوس فلان فلاناً : كلمه كلاماً خفياً » (مجمع اللغة العربية ، ١٩٨٥ ، ص ١٠٥٧) . ولهذه المعاني اللغوية المتعددة للكلمة ارتباط وثيق بالاستخدام النفسي للمصطلح وعناصر مشتركة : فالوسواس اضطراب أو كلام خفي أو همس ، من بين أعراضه اختلاط الذهن ، مع أفكار لا نفع فيها ، ولا طائل من وراءها .

والوسواس بالإنجليزية : Obsession ، وقد اشتقت من الكلمة اللاتينية Obsidere وتعني «يحاصر أو يطوق أو يحيط بـ» (Besiege Marks, 1987, p. 423) .

ب - المفهوم النفسي :

الوسواس Obsessions أفكار Ideas عنيدة ، وفكر Thought يتخذ طابع الإصرار والاستمرار ، ودفعات Impulses لفعل أمور معينة ، أو صور عقلية Images وتصورات يجربها الفرد ويقاسي منها ، ويرى أنها تقتحم فكره وتتدخل فيه ، وأنها غير ملائمة ولا مناسبة ، وتسبب قلقا ملحوظا وألما واضحا وضيقا شديدا .

ويشار إلى الوسواس التي تقتحم عقل الإنسان على أنها «غير مقبولة للأنا ، وغير منسجمة مع فكرة الفرد المثالية عن ذاته» Ego- dystonic ، ويعني ذلك شعور الإنسان بأن مضمون الوسواس أو محتواها غريب Alien عن نفسه مغترب عنها ، وأنه خارج نطاق سيطرته عليها وتحكمه فيها ، كما أن الوسواس ليست ذلك النوع من الأفكار التي يتوقع الفرد أن يحوزها أو أن يكون لديه ، ومع ذلك فإن الفرد يكون قادرا على معرفة أن الوسواس نواتج لعقله هو ، وأنها ليست مفروضة عليه من خارج (كما يحدث في حالة اقتحام الأفكار لعقل الفرد ودخولها عنوة إليه) (APA, 1994, p.418) .

والوسواس كذلك حوادث معرفية مكررة ومفتحة وتطفلية وغير مرغوبة ، يمكن أن تأخذ شكل الأفكار أو الصور التخيلية أو الدفعات ، وهي تقتحم الشعور فجأة ، وتؤدي إلى زيادة القلق الذي يشعر به الفرد .

إن ما يميز الوسواس ليس أنه يقتحم الفكر ، ولكن ما يميزه بالأحرى الطبيعة غير المرغوبة للفكر ، فبعض العلماء والفنانين - على سبيل المثال - ذكروا أنهم يمرون بخبرة الأفكار المفتحة أو الأفكار الملهمة التي تظهر بطريقة غير متوقعة ولا إرادية ، ولكن هذه الأفكار ليست غير مرغوبة . الوسواس إذن أفكار غير مرحب بها ، كما أنها أيضا تافهة وغير ذات معنى ، وقد تبدو سخيفة أو «مجنونة» . وعلى الرغم من التأكد من أن هذه الأفكار لا تحمل معنى ، فإن الفرد الذي يعاني من اضطراب الوسواس عاجز عن تجاهلها

أو طردها (Oltmanns & Emery, 1995, p. 202) .

وقد تكرر في تعريف الوسواس مفهوم الأفكار التطفلية أو المقتحمة Intrusive ؛ أي : التي تقتحم عقل المريض عنوة . ويعرف الاقتحام : Intrusion بأنه تداع Association أو تفكير لا يرتبط بالسياق ، مثل التفكير الوسواسي الذي يدفع بنفسه أو يقحمها في الشعور أو الوعي بطريقة متكررة ومداومة . والأكثر شيوعاً من ذلك ظهور فكرة أو أكثر غير ذات معنى بشكل عشوائي ، وتتدخل في التفكير الجاري المنطقي والمنظم (Campbell 1996,p.378) .

ويجب التأكيد على أن الوسواس ليست أفكاراً زائلة وخيالات مارة ووردود أفعال لمواقف معينة ، إنها دائمة مستمرة وغير سارة ، وتظهر تلقائياً ، ومن الصعب التحكم فيها .

وتختلف الوسواس عن اهتمام الشخص السوي بشيء ما وغرامه به ، وقضائه وقتاً طويلاً معه مثل هواية معينة كالرياضة ، كأن نقول : «الرياضة البدنية تستحوذ على تفكيره ، ويبدو أنه يفكر فيها طوال وقته» ، ولكن مثل هذا الشخص ينقصه بعض الصفات التي تسم الوسواس المرضي ، ومنها أن تفكيره في الرياضة لا يقهره ، وليس غير ذي معنى ، وليس مزعجاً ولا محزناً (Halgin & Whitbourne, 1993, p.184) .

أشكال الوسواس ومحتواها

تتخذ الوسواس أشكالاً عدة منها : الشك ، والمماطلة أو التسويف ، وعدم الحسم الشديد ، فقد يصبح المريض عاجزاً عن الوصول إلى قرار أو نتيجة نهائية حتى يتوقف عن النظر في الموضوع (Davison & Neale, 1996,p. 150) . ويضرب آل «ساراسون» (Sarason & Sarason, 1987,p.155) الأمثلة الآتية لوسواس فعلية :

١ - رجل يقضي ثلاث ساعات كل يوم في الحمام ، يستحم ليظهر ما عسى أن يوجد به من جراثيم (ميكروبات) يمكن أن تسبب له الوفاة .

- ٢ - توقفت زوجة عن أن تقوم بعملية الطبخ في منزلها خوفاً من أنها ستسبب زوجها .
- ٣ - توقف رجل عن استخدام الأجهزة الكهربائية خوفاً من أن تسبب حريقاً .
- ٤ - امرأة تشعر بدفعة قوية تمسحها على قتل طفلها .
- ٥ - فتاة مراعبة عندما قبلها رجل ، أصبحت - لعدة أيام - غير قادرة على طرد فكرة أنها أصبحت حاملاً .

وبين جدول (١) أهم أنواع الوسواس .

جدول (١) :أنواع الوسواس الشائعة

أنواع الوسواس	نماذج
١- الأفكار المتكررة عن التلوث .	أن يصبح الفرد ملوثاً من جراء المصافحة بالأيدي .
٢- الشكوك المتكررة .	التساؤل عما إذا كان الفرد قد قام بفعل معين كأن يكون قد أذى شخصاً ما في حادث مروري ، أو أنه ترك باب المنزل مفتوحاً .
٣- ترتيب الأشياء بطريقة معينة .	الضيق الشديد عندما يختلط ترتيب الأشياء أو أن تكون غير متناسقة أو غير منسقة .
٤- الدفعات العدوانية أو الرهيبة	أن يؤذي الفرد شخصاً ما ، أو التفكير في أن الشخص قد فعل أشياء مرعبة لمن يحبهم ، أو أن يصبح بالفاظ بذيئة في مكان العبادة .
٥- التخیلات الجنسية .	إصرار الصور العقلية الإباحية الخليعة والحاحها .

ولاتعد الأفكار والدفعات أو الصور العقلية - ببساطة - انزعاجاً أو قلقاً متعلقاً بالمشكلات الواقعية للحياة (كالاتشغال بالصعوبات الجارية أو المشكلات الفعلية كالأموال المالية أو مشكلات العمل أو المدرسة) ، فيندر أن تكون الوسواس مرتبطة بمثل هذه المشكلات الواقعية في الحياة ، ولكنها ترتبط بما تملح على الفرد من موضوعات فيخضع لها .

ويحاول الشخص المصاب بهذه الوسواس عادة أن يتجاهل (أو يجمع) مثل هذه الأفكار أو الدفعات ، كما يحاول أن يعادل *neutralize* هذه الأفكار بفكرة أخرى معينة أو فعل (هذا هو القهر) . مثال ذلك أن الشخص الذي تسيطر عليه شكوك عما إذا كان قد أطفأ موقد الطبخ أو لا ، يحاول أن يعادل هذه الشكوك ويجعلها محايدة بأن يكرر مراجعته للموقد مرارا وتكرارا ليتأكد من أنه مغفأ (APA, 1994, p. 418) .

وقد أجرى «أخطر» وزملاؤه (Akhter, et al., 1975) دراسة أصبحت «كلاسيكية» مهمة في هذا المجال ، فقاموا بفحص محتوى الوسواس اعتماداً على مقابلة شخصية لاثنتين وثمانين مريضاً بالوسواس القهري ، وحددوا خمسة أشكال مميزة للوسواس (وجائين للقهر سنعرض لهما في الفصل الثالث) . وأشكال الوسواس هي :

١ - الشكوك الوسواسية : أفكار مستمرة من أن العمل الذي تم لم ينجز بطريقة مناسبة ، وتوجد هذه الأفكار لدى ٧٥٪ من المرضى ، مثال ذلك أن أحد الطلبة ، ويبلغ من العمر ثمانية وعشرين عاماً ، في كل مرة يترك فيها غرفته كان يبدأ في أن يسأل نفسه : «هل أغلقت الباب؟ هل أنا متأكد؟» وذلك على الرغم من التذكر الواضح والدقيق من أنه قام بذلك .

٢ - التفكير الوسواسي : ويبدو على شكل سلاسل لانهائية من الأفكار التي تركز عادة على الحوادث في المستقبل ، وقد قرر حدوث ذلك ٣٤٪ من المرضى الذين أجريت لهم مقابلة ، مثال ذلك : امرأة حامل من هؤلاء المرضى تعذب نفسها بهذه الأفكار : إذا كان طفلي ولدا ، فقد يطمح إلى حياة تتطلب ذهابه بعيداً عني ، ولكنه قد يرغب في العودة إليّ ، فماذا أفعل عندئذ ؟

٣ - الدفعات الوسواسية : توجد لدى المرضى في هذا الجانب دفعات Urges قوية لتنفيذ أفعال معينة ، تتفاوت بين النزوات whims التافهة والأفعال المميتة الهجومية ، وتوجد هذه الدفعات لدى ١٧٪ من مرضى الوسواس القهري الذين أجريت عليهم الدراسة ، مثال ذلك محام في الحادية والأربعين من العمر ، كانت تستحوذ عليه فكرة يعلم أنها

فكرة حمقاء مفادها أن يشرب من الحبرة (دواء الحبر) ، ولكن كان لديه أيضاً دفعة خطيرة لشئ ابنه الوحيد أو خنقه ، وهو الابن الذي يحبه حبا جما .

٤ - المخاوف الوسواسية : في هذا الجانب يقلق ٢٦٪ من المرضى من فقد سيطرتهم على أنفسهم ، ومن أن يصدر عنهم فعل ما يمكن أن يكون مريكا أو مخجلا لهم من الناحية الاجتماعية . مثال ذلك مدرس في الثانية والثلاثين من عمره ، كان يخاف أن يشير وهو في الفصل الدراسي إلى علاقته الجنسية غير الكافية بزوجته ، على الرغم من أنه لم تكن لديه رغبة كي يفعل ذلك .

٥ - الصور التخيلية الوسواسية : وهى صور متخيلة مستمرة ومداومة لبعض الأحداث التي رُئيت أو تم تخيلها في الآونة الأخيرة ، وتصيب ٧٪ من المرضى ، ومثالها مريضة «كانت ترى طفلها الرضيع يتدفق ويسيل مع ماء السيفون في التواليت» كلما دخلت إلى الحمام .

وبيين جدول (٢) موجزاً للدراسة «أخطر» وصحبه فيما يختص بالوساوس .

جدول (٢) : محتوى الوساسوس لدى ٨٢ مريضاً تبعاً للدراسة «أخطر» وزملائه

الوساسوس	%	مثالها
١- الشكوك الوسواسية .	٧٥	هل أغلقت الباب ؟
٢- التفكير الوسواسى .	٣٤	إذا رأى ابني الابتعاد عني عندما يكبر فماذا أفعل ؟
٣- الدفعات الوسواسية .	١٧	خنق الابن الوحيد المحبوب .
٤- المخاوف الوسواسية .	٢٦	الكشف عن علاقة جنسية غير مناسبة بالزوجة .
٥- التخيلات الوسواسية .	٧	طفلي يشده «سيفون التواليت» ويسحبه .

وقد درس «راسموسن ، وآيسن» (Rasmussen & Eisen, 1989) مائتي مريض بالوساسوس القهري ، وبيين جدول (٣) أهم أعراضهم الوسواسية .

جدول (٣): الأعراض الوسواسية وتكرارها لدى مائتي مريض

الوسواس	%
التلوث	٤٥
الشك المرضي	٤٢
الجسمية	٣٦
الحاجة إلى التناقص	٣١
العدوانية	٢٨
الجنسية	٢٦
غير ذلك	١٣
وساوس متعددة	٦٠

والشك والتردد من الأعراض الأساسية في الوسواس ، وفيما يلي مثال لحالة شك وتردد :

حالة طبيب الأشعة : كيف أعرف أن هذا طبيعي (سوي) ؟

عندما أحيل «نبيل» إلى الفحص كان في منتصف الثلاثينات من عمره ، وكانت أمامه حياة مهنية ناجحة ، كان طبيب أشعة ممارساً مهنته ، وقد مرت سنوات قليلة منذ تخرجه من مدرسة طبية يتنافس فيها الطلاب منافسة شديدة ، وتخرج منها ، وكان من بين الثلث الأعلى من الخريجين . وقد حول «نبيل» عن طريق طبيب نفسي عام متمرس بسبب أعراضه القهرية أساساً ، والتي أصبحت تتدخل بدرجة متزايدة في عمله ، وتؤثر في حياته الاجتماعية .

وقد ظهرت أعراض القهر على «نبيل» قبل عامين تقريباً من أول استشارة ، وكان ذلك بعد موت قريبة حميمة له مباشرة . وكانت هذه القرية قد استشارته - بصورة شخصية - قبل بضعة شهور من موتها ، وكانت تشتكي من آلام مستمرة في المعدة

والأمعاء ، مع أوجاع في منطقة البطن . وذكر «نبيل» أنها كانت عادة لا تنطق بأي شكوى ، فقد كانت صغيرة نسبياً وفي صحة جيدة عادة ، ويذكر أنه أخذ أعراضها مأخذ الجدل تماماً ، وقام بفحصها ، وأمر أن تجرى لها بعض التحليلات المعملية والأشعة السينية (إكس) في عيادته .

وعندما كانت نتائج كل التحليلات سلبية قام بطمأنتها ، ووصف لها علاجاً لبعض الأعراض . ولكن أعراضها استمرت ، وخلال بضعة أسابيع بدأت تفقد وزنها ، وبدأ على مظهرها كما لو كانت قد كبرت في العمر عدة سنين ، ولم تعد قادرة على الاحتفاظ بالطعام في معدتها . وكشفت إعادة تقويم لحالتها عن ورم خبيث يتغلغل إجراء جراحة له . وكان سير مرضها وتقدمه سريعاً ، فماتت في خلال شهر واحد .

وقام «نبيل» بعد موتها بمراجعة الأفلام الأصلية للأشعة السينية الخاصة بها ، ولاحظ بدقة موضع الأعضاء المعدية المعوية لها قائلاً لنفسه : «ربما لو كنت قد نظرت إلى هذه المساحة بدقة شديدة (وفي الحقيقة هناك افتراض لتشوه تشريحي) لكان من الممكن أن تكون حية اليوم» . وعندما ظهر هذا «الشك» بدأ «نبيل» في الشك في كل أحكامه .

وقد وصف «نبيل» في خلال المقابلة - بطريقة رتيبة - إلى أي حد أصبحت قراءة فيلم أشعة «إكس» لصدر عادي مهمة مؤلة الآن ، لقد فسرت آلافاً من أفلام أشعة «إكس» قبل ذلك والآن لا أستطيع أن أنتهي من واحد منها . إنني سأقرأ الفيلم بالطريقة الاعتيادية ، وأؤكد من أنه عادي ، عندئذ سأسأل نفسي : كيف أعرف أنه عادي هل الحيز المشتغل على القلب وكل ما في الصدر باستثناء الرئتين Mediastinum يبدو طبيعياً ؟ هل زوايا الأضلاع حادة كما يجب أن تكون ؟ هل هناك أي كسور خفيفة كالخط الشعري ؟ هل هذه هي حلقة الثدي فعلاً أو كتلة من الأنسجة الرخوة ؟ أصبحت لا أستطيع قراءة فيلم أشعة «إكس» واحد . وقد عرف زملائي أن هناك شيئاً ما خطأ ، وطلبت منهم أن يتكروني أقوم بكل الإجراءات الأخرى فيما عدا تفسير أفلام الأشعة .

وأثرت أعراض «نبيل» في أسرته وحياته الزوجية كذلك ، وارتفع اكتتابه خلال

الأشهر القليلة الأخيرة ، وأصبحت مهمة مرافقة زوجته إلى مطعم أو إلى تجمع يضم زملاءه مهمة شاقة . وكان بين «نبيل» وزوجته في السابق رابطة إيجابية وقوية استمتعا بها معاً ، ولكنهما أصبحا الآن بعيدين أحدهما عن الآخر ، إن زوجته تعرف همومه وما يقلقه ، وهي - ككل فرد في عائلته - تفكر في أن هذه الهموم تفاهات لا معنى لها ، وأن موت القريبة هذا كان أمراً حتمياً ، ومع ذلك كان «نبيل» يشعر بالذنب العميق . وقد اختلطت الأعراض القهرية لديه بأعراضه الاكتئابية . وشخص «نبيل» أنه حالة من حالات اضطراب الوسواس القهري . وتلقى علاجاً نفسياً وبالعقاقير (Greist & Jefferson, 1995, p. 1f) .

وبيين جدول (٤) توزيعاً لأعراض الوسواس .

جدول (٤) : الأعراض الحالية كما قررها ١٨٢ مريضاً بالوسواس القهري بواسطة قائمة أعراض مقياس «بيل - براون»

الأعراض الوسواسية	عدد المرضى	% *
العدوانية	١٢٥	٦٨,٧
التلوث	١٠٥	٥٧,٧
التناسق / الدقة	٩٧	٥٣,٢
الجسمية	٦٢	٣٤,١
الحزن أو التخزين	٥٥	٣٠,٢
الدينية	٤٤	٢٤,٢
الجنسية	٣٦	١٩,٨
متنوعة	١٠١	٥٥,٥

* مجموع النسب المئوية أكثر من ١٠٠٪ لأن لدى كل مريض أكثر من عرض .

انظر : (Antony, et al., 1998).

ويظهر في جدول (٤) عرض الحزن أو التخزين Hoarding ، وقد اتضح من دراسة «فروست» وزملائه (Frost, et al., 1996) أن التخزين يرتبط بالدرجات المرتفعة على مقياس «يل - براون» للوسواس القهري YBOCS (انظر ص ١٢٧) ، وأن التخزين يرتبط بالمستويات المرتفعة من الاضطراب النفسي العام ، وأن التخزين عرض شائع في اضطراب الوسواس القهري . ولكن كشفت الدراسات السابقة أن التخزين يرتبط بخمسة أنواع من الاضطراب كما يلي :

- ١ - الاضطرابات العقلية العضوية .
 - ٢ - الاضطرابات الذهانية .
 - ٣ - اضطرابات الأكل .
 - ٤ - اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية .
 - ٥ - اضطراب الوسواس القهري .
- وفيما يلي حالة نموذجية للحزن أو التخزين .

حالة : الشقة سلة المهملات :

«شادية» فتاة غير متزوجة في الحادية والثلاثين من عمرها ، حولت إلى العيادة عن طريق إحدى معارفها التي أصبحت قلقة من تراكم الأشياء في شقة «شادية» ، وذكرت «شادية» نفسها أنها تحتفظ ببعض الأشياء والمواد المتراكمة والمكومة التي تجعل شقتها بغير نظام ، وذلك لأسباب عاطفية . ولكنها كانت غامضة ، ولم توضح السبب في أن شقتها أصبحت مملوءة بلفافات المتناذيل الورقية ، والسلع المستعملة ، والمواد البالية ، والأشياء التافهة ، والحقائب القديمة ، والصحف القديمة التي تجد صعوبة في التخلص منها . وقد علقت على ذلك بقولها : يبدو أنني أستعمل شقتي «كشياء وسط بين سلة المهملات وحقبة السفر» .

وقررت أن الموقف الحالي أفضل مما كان عليه الحال سابقاً ، أي : قبل انتقالها حديثاً إلى شقتها الجديدة ، وعندما كانت تستعد للانتقال ، استطاعت أن ترمي نحو ثمانية

حقائب قمامة مملوءة بالأشياء التي كانت تتراكم لديها ، وتخلصت منها .

وكان هناك أمر آخر مقلق بالنسبة إلى «شادية» ، وهو صعوبة مواجهتها لمشاعر القلق التي كانت تمر بها أساساً في المواقف الاجتماعية ، بحيث كانت تنزعج من قلقها ، وتخشى أن يلاحظه الآخرون . ونتيجة لذلك فقد تجنبته المواقف التي يمكن أن تكون فيها مركز الاهتمام ، كما كانت تشعر بالقلق في الأماكن المغلقة ووسائل المواصلات العامة المزدحمة كالحافلات (الأتوبيسات) ، وكانت تتضايق وتصبح غير مرتاحة بوجه خاص عندما تقف في الصف في مخزن للبقالة ، لأنها كانت تخشى بشدة الشعور بأن الآخرين ينتظرونها بصبر نافذ وهي تكمل معاملتها . وكانت لديها صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات ، وفي أن تقرر أي شيء خارج النظام الاعتيادي (الروتيني) (الرتيب الذي وضعتة لنفسها ، كأن تستقل الحافلة (الأتوبيس) إلى العيادة اليوم ، فهذه المواقف تعد بالنسبة لها معقدة بطريقة مربكة .

وكانت هناك أيضاً فترات في حياة «شادية» انشغلت فيها بفكرة متسلطة مفادها إيذاء الآخرين وإلحاق الضرر بهم ، وأدت بها هذه الفكرة المسيطرة إلى القيام بطقوس المراجعة ، وإلى الإغلاق على السكاكين وغيرها من الأشياء الحادة لمنع نفسها من تنفيذ وساوسها (Greist & Jefferson, 1995, p. 3f) .

وقد أجرى «جينايك» وزملاؤه (انظر : Barlow & Durand, 1995, p. 197) . دراسة على مائة من المرضى ، وتوصلوا إلى أن أكثر الوساوس الشائعة يبينها جدول (5) .

ويورد «بارلو ، ودوراند» (Barlow & Durand, 1995, p. 197) حالة مريضة صغيرة السن وجذابة ، ولكنها كانت امرأة أخلاقية جداً ، كانت تخاف ركوب الحافلة (الأتوبيس) لأنها كانت تخاف من أنه إذا جلس رجل إلى جوارها فلإنها تسيطر عليها فكرة أنها يمكن أن تمسك ما بين فخذيه . وفي الحقيقة فإن ذلك آخر شيء يمكن أن تفعله هذه المرأة ، ولكن الدفعة التي كانت تسيطر عليها كانت مرعبة جداً لدرجة أنها بذلت كل محاولة ممكنة لقمعها ، أو تجنب المواقف التي يمكن أن تحدث فيها هذه الدفعة

المسيطر عليها مثل ركوب الحافلات . وتبعاً لدراسات متعددة يورد المؤلفان نفساهما (Ibid, p. 68f) أهم الوسائس مع أمثلة لها في جدول (٦) .

جدول (٥) : أكثر الوسائس شيوعاً لدى هيئة

من مائة مريض (دراسة جيناك وزملائه)

النسبة المئوية	مضمون الوسائس
%٥٥	١- التلوث
%٥٠	٢- الدفعات العدوانية
%٣٢	٣- مضمون جنسي
%٣٥	٤- انشغالات بالجسم
%٣٧	٥- الحاجة إلى التناسق والترتيب الكامل
%٦٠	٦- وسائس متعددة .

جدول (٦) : أهم الوسائس وأمثلة لها

أمثلة	الوسائس
إغلاق الأنوار ، إغلاق الأجهزة المنزلية .	الشك
العدوى بالجراثيم من مقبض الباب والحمامات والنقود .	التلوث
الصباح - خلع الملابس في ميدان عام .	دفعات حمقاء
أفكار فاحشة بذينة أو صور تخيلية .	جنسية
أفكار كافرة .	دينية
تسميم شخص أو إيذاؤه .	الإضرار بالآخرين
أجساد مشوهة .	صور تخيلية مرعبة

أسباب اختلاف أشكال الوسواس ومحتواها :

يلاحظ القارئ أن أشكال الوسواس ومحتواها - كما وردت في الفقرات السابقة - تختلف من دراسة إلى أخرى ، والواقع أننا أمام اضطراب مركب متشعب الجوانب ، ومن المتوقع أن يكشف بعض المرضى عن جوانب محددة ، في حين يكشف آخرون عن جوانب غيرها ، كما أنه من غير المتوقع تماماً أن يكشف كل المرضى عن كل الأعراض والعلامات المحددة للاضطراب ، ولكن مهمة الباحث أو الممارس في هذا المجال هي أن يسجل أشكال الاضطراب كما تبدو على عينة المضطربين التي درسها . ومن ثم فليس هناك تضارب بين هذه الدراسات ، ويجدر النظر إليها على أنها زوايا مختلفة لرصد ظاهرة واحدة .

بعض تصنيفات الوسواس

العناصر الأساسية في الوسواس تشمل الأفكار والاندفاعات والصور التخيلية ، واعتماداً على ذلك فقد قسم «ريكمان ، وهودجسون» الوسواس النموذجية مع أمثلة لها في جدول (٧) .

جدول (٧) : الأفكار والاندفاعات والصور التخيلية

بوصفها أنواعاً للوسواس مع نماذج لها

أنواع الوسواس	أمثلة نموذجية للوسواس
أفكار	هل قمت بقتل السيدة العجوز ؟ هل أنا منحرف جنسيا ؟
اندفاعات	يمكن أن أعرض أعضائي التناسلية على الملأ . أنا على وشك الصياح بالفاظ بذينة أمام الجمهور . أشعر بأنني يمكن أن أختق طفلاً .
صور تخيلية	الأجسام المشوهة . فرد من أفراد الأسرة أصيب في حادث سيارة خطر .

عن : (Oltmanns & Emery, 1995,p.202) .

وعلى الرغم من أن الدفقات الوسواسية يصاحبها شعور قوي وطاق بالواقع فإن مرضى الوسواس نادراً ما يتفقدون هذه الدفقات (مع الاستثناء المحتمل لدفقات السرقة ، ودفقات التحرش بالأطفال) (Ibid) .

ويصنف «جوزيف وولبي» (Wolpe, 1958,p.90f) الوسواس - اعتماداً على الممارسة العيادية (الإكلينيكية) - إلى نوعين أساسيين كما يلي :

أ - الوسواس التي ترفع من معدل القلق :

يبدو هذا النوع جزءاً لا يتجزأ من الاستجابة الفورية للتنبيه المثير للقلق ، ويكون له آثار ثانوية في اتجاه زيادة القلق ، كالاتدفاع الذي يوجد لدى فرد ما ، ويجبره على أن يضرب الناس من حوله ، فعندما يصعد إلى «الحافلة» ، ويدس يديه بشبات في جيوبه ، ليجعلها بعيدة عن المتاعب فإنه يكون في مستوى مرتفع من القلق .

ب - الوسواس التي تخفض من معدل القلق :

يحدث هذا النوع الثاني من السلوك الوسواسي بوصفه استجابة للقلق ، وإجراؤه يخفض من القلق إلى حد ما ، على الأقل لفترة قصيرة ، ويحدث هذا النوع في أشكال عدة مثل : الترتيب ، وغسل اليدين ، والأكل ، والشراء ، وهي نشاطات سوية عادية بطبيعة الحال عندما تسببها الدوافع العادية ، وليس سببها القلق . ومنها كذلك الطقوس كلمس الأعمدة ، والانحرافات كالميل الاستعراضية ، ومختلف النشاطات الفكرية . وفي بعض هذه الحالات يحدث الارتفاع الثانوي للقلق ، استجابة لبعض جوانب السلوك الوسواسي ، ففي حالة الأكل الوسواسي ينخفض القلق بادئ ذي بدء نتيجة للأكل ، ثم يرتفع مستواه استجابة لفكرة أن الفرد سيصبح بدينا .

العوامل المستخرجة من مقاييس الوسواس :

استخلص «هودجسون ، وريمان» (Hodgson & Rachman, 1977) من تطبيق قائمة «مودسلي» على مائة مريض وسواسي ، المكونات الأربعة الآتية :

- ١ - المراجعة .
- ٢ - النظافة .
- ٣ - البطء .
- ٤ - الشك .

كما استخرج «سانافيو» (Sanavio, 1988) اعتماداً على التحليل العاملي لقائمة «بادوا» - أربعة عوامل مرتبطة بالخواص الوسواسية لدى كل من الأسوياء والمرضى الوسواسيين القهريين وهي :

- ١ - نقص السيطرة على النشاطات العقلية .
- ٢ - التلوث .
- ٣ - سلوك المراجعة .
- ٤ - الدفوعات غير المقبولة ، والخوف من فقد السيطرة على السلوك الحركي .

(انظر الفصل الخامس لتفصيل القول عن مقياس «مودسلي ، وبادوا») .

ومن المتوقع عادة أن تختلف العوامل المستخرجة من مقياس الوسواس القهري ، وذلك لأسباب كثيرة أهمها اختلاف مضمون البنود وعددها من مقياس إلى آخر ، فضلاً عن اختلاف العينات المستخدمة في إعداد المقياس واستخراج نتائجه .

تصنيف «فوا» :

قدمت «فوا» Foa وزملاؤها تصنيفاً لمرضى الوسواس القهري اعتماداً على فئة المتنبهات التي تثير القلق ونوع النشاط (معرفي أو ظاهري) الذي يقلل من هذا القلق ، ويهدفون بذلك إلى ربط التصنيف بالعلاج ، فيفترضون أن كل الوسواسيين القهريين يعانون من الأفكار المقتحمة ، والصور المتخيلة ، والدفوعات . وهذه الجوانب العقلية يمكن أن تثيرها متنبهات خارجية كإدراك المريض مصدر تلوث ، أو قد تظهر دون متنبهات خارجية واضحة ، وهناك تفرقة أخرى خاصة بوجود عرض الخوف من حدوث الكوارث أو عدم وجوده ، ومثال ذلك أن فكرة : «هل أقود سيارتي بيقظة ؟» قد ترتبط

بالخوف من إصابة شخص سائر على قدميه وتركه يموت . ومن ناحية أخرى فإن فكرة مفتحة مثل : «هل يداي نظيفتان ؟» يمكن أن تشير ضيقاً ، مع عدم وجود خوف من أن تكون القدرة مضرة .

واعتماداً على ذلك قسمت «فوا» وصحبها الوسواس إلى أنواع مختلفة كما يلي :

- ١ - وجود مادة معرفية مفتحة ، ومنبهات خارجية ، وخوف من وقوع كارثة .
 - ٢ - وجود مادة مفتحة ، ومنبهات خارجية (وغياب الخوف من الكوارث) .
 - ٣ - وجود مادة مفتحة والخوف من وقوع الكوارث (وغياب المنبهات الخارجية) .
- (McCarthy & Foa, 1990) .

ولقد سبق أن ألقينا (انظر ص ٤٧) إلى أسباب اختلاف الوسواس ومحتواها ، وتنطبق هذه الأسباب ذاتها على تصنيفات الوسواس ، إذ تعتمد هذه التصنيفات على أحد جانبيين : الحالات المرضية أو المقاييس النفسية المستخدمة سواء أكان ذلك على المرضى أم الأسوياء . ويتعين النظر إلى ما أورده في الفقرات السابقة عن تصنيفات الوسواس على أن كلاً منها يكمل بعضه بعضاً أكثر من كونها تصنيفات متضاربة .

ونقدم فيما يلي أكثر نماذج الوسواس شيوعاً وهو وسواس التلوث .

وسواس التلوث

ربما تكون وسواس التلوث أكثر أنواع الوسواس انتشاراً اليوم ، وهاك وصف لحالة لافتة :

حالة المليونيير «هيوز» :

كان «هيوارد هيوز» H. Hughes واحداً من أغنى الأمريكيين وملوك المال النابضين بالحياة ، وكان متجعاً للأفلام في هوليوود ، وطياراً . وخلال النصف الأخير من حياته على الأقل أصيب «هيوز» باضطراب الوسواس القهري ، وكانت أعراضه شديدة وواضحة ، وتركز اضطرابه على العدوى ، فعاش متعزلاً عن العالم مثل ناسك ، ولكنه

كان- على عكس معظم الموساسيين- غنياً بما فيه الكفاية ، حيث كان قادراً على أن يستأجر حاشية من الخدم لتنفيذ الطقوس الموساسية نيابة عنه بدلاً من أن يقوم بها بنفسه . وكان الخوف من الجرائم ومن التلوث مسيطراً على حياة «هيوز» ، وكتب مذكرات كثيرة شرح فيها بالتفصيل ما كان يريد أن يُنجز حتى يمنع انتقال الجرائم إليه .

مثال ذلك أنه شرح - في مذكرة من ثلاث صفحات - كيف كان يريد أن تفتح علبة فاكهة لمنع سقوط الجراثيم فيها ، وطلب أن تستخدم تجهيزات خاصة لفتح العلبة ، وكتب قائلاً : التجهيزات المستخدمة في هذه العملية تتكون من البنود الآتية : صحيفة غير مفتوحة ، وفتاحة للعلب معقمة ، وطبق كبير معقم ، وشوكة معقمة ، وملعقة معقمة ، وفرشاثان معقمتان ، وقطعتان من الصابون ، ولفتان من ورق الحمام معقمتان .

أما الطقوس التي وضعها لفتح العلبة فهي في تسع خطوات كما يلي :

إعداد متضدة ، وإحضار علبة الفاكهة ، وغسل العلبة ، وتخفيف العلبة ، وتعقيم اليدين ، وفتح العلبة ، وإخراج الفاكهة من العلبة ، واستبعاد ما سقط حول العلبة ، وإنهاء العملية . ووضع إجراءات معقدة لكل خطوة في هذه العملية ، فمثلاً لغسل العلبة كتب ما يلي :

يقوم الرجل المكلف عندئذ بفتح صمام حوض الاستحمام (البانيو) ، مستخدماً يديه العاريتين في ذلك ، كما يقوم بضبط درجة حرارة الماء بحيث لا تكون حارة جداً ولا باردة جداً ، عندئذ يأخذ إحدى الفرشاثين ، ويستخدم إحدى قطع الصابون ، ويكون رغوة جيدة من الصابون ، عندئذ يحك العلبة من نقطة تبعد بوصتين أسفل قمة العلبة . ويجب عليه أولاً أن ينقع العلبة في الماء ، ويزيل البطاقة أو الورقة المكتوب عليها اسم المنتج ، عندئذ ينظف بالفرشاة الجزء الأسطواني من العلبة مرات ومرات كثيرة حتى يزيل كل جزيئات الغبار وقطع الورق الخاصة ببطاقة المنتج ، ويوجه عام كل مصادر التلوث . ويمسك الرجل بالعلبة من المنتصف طوال الوقت ، ثم يتعامل عندئذ مع قاعدة العلبة

بالطريقة نفسها ، ويكون متأكداً جداً من أن كل شعرات الفرشاة قد نظفت تماماً كل الفجوات الصغيرة الموجودة على محيط قاعدة اللعبة ، ثم يقوم عندئذ بشطف الصابون من الجوانب الدائرية ومن قاعدة اللعبة .

وقد أدى الخوف المستمر من التلوث لدى «هيوز» إلى سلسلة من الطقوس القهرية التي سيطرت على حياته اليومية وتحكمت فيها . وأصبح في النهاية سجيناً لوساوسه ، محصوراً في غرفاته المعقمة ، ويرى فقط خدমে المختارين . واستأجر خدماً مهمتهم أن يلوحوا بالصحف ليبعدوا الذباب المتخيل ، وليغسلوا كل شيء يقع تحت البصر ، ويفتحوا الأبواب بأقدامهم فقط .

ومن الواضح أن الطقوس القهرية التي اتبعها «هيوز» تحمل علاقة منطقية مع الوسواس ، فإذا كان هناك خطر منتشر من العدوى بالجراثيم حول الطعام ، فإن الفعل القهري يمكن أن يكون إلغاء هذا الخطر . ولكن فكرته الوسواسية من أن الجراثيم منتشرة هي الفكرة التي تعد غير منطقية (Rosenhan & Seligman, 1995,p.268) .

ووضع «هيوز» نظرية سماها «الفيض العائد من الجراثيم» ، فعندما مات أصدق أصدقائه من مضاعفات التهاب الكبد الوبائي لم يستطع «هيوز» أن يرسل الورود إلى الجنائز ، فقد اعتقد أن جراثيم التهاب الكبد الوبائي يمكن - بطريقة ما - أن تجدد طريقها عبر الورد عائدة إليه (Schwartz & Beyette, 1996,p. 23f) . وكان يثبت الصحف على حواف نوافذ سيارته «الروز رويس» ليحمي نفسه من الجو الملوث (Davison & Neale, 1996,p. 150) . (انظر شكل ٣) .

قام «هيوز» - في حربه الشعواء ضد التلوث في إحدى المرات - بحرق كل ملابسه ، أو بالأحرى كل خيط يملكه من الملابس ، عندما سمع شائعة أن إحدى صديقاته من سنين مضت قد أصيبت بمرض تناسلي ، فكانت كل البدلات والقمصان والسراويل وأرطة العنق مذنبه جميعاً ؛ وذلك لارتباطها الغريب بهذه الفتاة ، فلقبت كل الملابس المصير نفسه وهو الحرق .



شكل (٣) : «هيوارد هيوز» المليونير الأمريكي الذي عانى من الخوف
الوسواسي من التلوث ، وهو في هذه الصورة في رحلة إلى لندن ،
وقد وضع على حواف زجاج سيارته الرولز رويس الجرائد ليحمي
نفسه من الجو غير النقي

ويحكى عن «هيوارد هيوز» أنه كان يتناول عشاءه مع الممثلة الشهيرة «جين جرير»
في لوس أنجلوس في إحدى الأمسيات ، وعند نقطة معينة في أثناء تناوله الطعام استأذن
أن يذهب إلى الحمام ، ولدهشة «جرير» فإنه لم يعد إلا بعد ساعة ونصف ، وعندما عاد
إلى الظهور أخيراً فقد تعجبت ؛ إذ رأته منقوعاً في البلل من رأسه إلى أخمص قدميه .

فسألته : ماذا حدث لك بحق السماء ؟ فقال لها «هيوز» : حسناً ، لقد أرقت
(أوقعت) بعضاً من صلصة الطماطم (كاتشب) على القميص والسروال ، وكان يتعين

عليّ أن أغسلهما على الحوض ، ثم تركتهما حتى يجفيا لبرهة ، وعلقتهما على إحدى مشاجب (شماعات) الحمام ، وعندما ارتديت ملابسى حتى أعود ، وجدت أنه لا يمكننى مغادرة غرفة الحمام لأتني لا أستطيع أن ألس مقبض الباب ، فكان يجب على أن أنتظر حتى يدخل إلى الحمام شخص ما . . . ، ولم تخرج «جين جرير» مع «هيوز» مرة ثانية بعد ذلك قط .

وفي نهاية حياة «هيوز» عام ١٩٧٦ أغرقه اضطراب الوسواس القهري ، وغمره بشكل ساحق قاهر ، وقضى الأيام الأخيرة من حياته في عزلة فسي شقته في الطابق العلوى من فندق «برنس» في «أكابولكو» ، حيث عزل نفسه وحبسها في جوشبيه بالمستشفى : مانع لتسرب أي ميكروب إليها ، ترتعد فرائصه من الجراثيم والميكروبات ، سادلا السناثر على كل نافذة حتى يمنع أشعة الشمس من الدخول ، فكان يعتقد أن الشمس يمكن أن تنقل الجراثيم التي يرتعد منها ، وكان الطعام يقدم إليه عن طريق مساعدات يغلطن أوجههن وأيديهن بأغطية واقية ، حيث كن يقطعن الطعام ويقمن بوزنه بدقة .

وقد نارت شائعات كثيرة عن عزلته عن العالم ، ففسرت بالإدمان وسوء استخدام العقاقير ، أو لإصابته بمرض الزهري ، أو الخرف Dementia في سنيه الأخيرة . ولكن الحقيقة أن كل سلوكه الغريب والشاذ يمكن أن يفهم على أنه أعراض حالة شديدة من اضطراب الوسواس القهري . وللأسف لم يكن لهذا المرض علاج ناجع إبان حياة «هيوز» (Schwartz, & Beyette, 1996, p.xif) .

وفيما يتعلق بوسواس النظافة والاختسال فإنه يقع على متصل له درجات متعددة ، انظر إلى هذه الحالة التي تعد أخف من حالة المليونير «هيوز» بكثير :

حالة أخف :

«نادر» طبيب يطرى يبلغ من العمر ٢٧ عاما ، يصف الطقوس القهرية الشديدة لديه ؛ إذ يتطلب الفعل القهري أن يغسل «التواليت» ثلاث مرات عندما يدخل أي

حمام ، وفي بعض الأحيان يكون مقتنعاً بالمرات الثلاث فقط ، ولكن في مناسبات أخرى تكون الحاجة إلى تسع مرات ، أو سبع وعشرين مرة ، أو أكثر من ذلك . ولقد فقد «نادر» السيطرة على هذه الطقوس القهرية التي تربكه أحياناً من الناحية الاجتماعية ، وتوقعه من الناحية المهنية (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 268) .

هذا ولقد ظهرت عواقب جسيمة لدى مرض الاغتسال ، فمن الممكن أن تحدث مشكلات متصلة بالجلد نتيجة الغسل المفرط بالماء ، أو بسبب استخدام منظفات تدخل فيها مواد كاوية (كالصودا الكاوية) (APA, 1994, p. 420) .

تغير مضمون الوسواس عبر العصور

تجدر الإشارة إلى أن محتوى الوسواس قد تغير عبر الزمن ، ففي العالم الغربي في القرن الماضي كانت الوسواس عادة ذات مضمون ديني وجنسي . فيذكر أن «جون بنيان» Bunyan وهو مؤلف من القرن السابع عشر قد هاجمته بشدة وعنف فكرة شريرة تقول له : «بع المسيح» وسيطرت على عقله . «بع المسيح» ، «بع» . . . «بع» ، وذلك بأسرع ما يمكن لرجل أن يتحدث . وكان يجيب في عقله ضد هذه الفكرة قائلا : «لا ، لا ، ليس بالآلاف ، الآلاف ، الآلاف» ، وكان يقول ذلك في عقله عشرين مرة على الأقل معا .

وكانت شخصيات دينية مشهورة أخرى في العالم المسيحي تعتقد أنها تعاني من «تلوث العقل» مع «أفكار فاحشة وداعرة بذنية فضلا عن أفكار بالكفر والإلحاد» ، واعتقاد بأنهم قد ارتكبوا خطايا جنسية ، ويدورون في دائرة بغیضة ومزعجة .

واليوم أصبحت الوسواس المتصلة بالدين والجنس أكثر ندرة إلى حد ما ، وشاعت أكثر : الوسواس المتعلقة بالقذارة ، والتلوث ، والعنف ، والترتيب .

وتجند إحدى المريضات هذا الاتجاه التاريخي في مبرر مرض الوسواس لديها ، والذي استمر عبر خمسة وثلاثين عاماً ، فقد استحوذت عليها خلال عشر السنوات

الأولى من المرض فكرة أنها يمكن أن تصاب بالزهري (وهو مرض معد ينتقل عن طريق الجنس ، وله مآل خطر إن لم يعالج ، وينتهي بتآكل أعضاء الجسم وأنسجته) ، فكانت تدعك جسمها وتطهره بشكل متكرر ، وتتخذ احتياطات شاذة حتى تتجنب السير - في الأماكن العامة - على العوازل الطبية condoms المستعملة . ثم اختفى الخوف من الزهري ، وحلت محله وساوس من كونها مصابة بالسرطان ، واستمرت في أن تغسل نفسها وتطهرها مرات كثيرة (Rosenhan & Seligman, 1995,p.267) .

ومن الأدلة الحديثة على أن مضمون الوسواس مرتبط بالسياق الاجتماعي والظروف السائدة في عصر ما ، أن الوسواس الجديد أصبح يرتبط بمرض نقص المناعة المكتسب AIDS (الإنلذ) ، وهو ما لم يكن معروفاً في العصور السابقة . ولنا أن نفترض أن الوسواس المرتبطة بالمرض يمكن أن تختلف اعتماداً على نوع المرض الخطر والشائع في عصر ما ، فإن الدرن الرئوي الذي كان مرضاً وبائياً في منتصف القرن العشرين تقريباً يغلب أن يكون موضوع الوسواس في هذه الفترة ، كما كان مرض الزهري كذلك في فترة ما .

إن الوسواس القهري اضطراب نفسي له أعراض مرضية محددة ، ولكن هذه الأعراض ترتبط بمضمون ثقافي معين ، فالإتصال بالفضاء ورجاله وتلقي رسائل منهم على سبيل المثال لم يكن موجوداً في عصور سابقة غالباً بالمعدل ذاته الذي يوجد به الآن ؛ بسبب عوامل عدة من بينها الأفلام السينمائية التي تعالج هذا الموضوع ، والتقدم التقني الحادث حالياً .

ومن الممكن أن نفترض - في السياق ذاته - أن محتوى الوسواس المتصل بالعنف قد تزايد في العقود الأخيرة بالمقارنة إلى ما كان قبلها . ومن المسوغ أن نفترض كذلك أن مضمون وسواس العنف والعُدوان والخوف منهما يمكن أن يتزايد بعد حادث الهجوم على مركز التجارة العالمي في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية في ١١ / ٩ / ٢٠٠١ .

الوساوس والضلالات

الخط الفاصل بين الوسواس والضلالات Delusions غير واضح في بعض الأحيان ، وقد عرفنا الوسواس وبيننا مختلف أنواعها وتصنيفاتها ، أما الضلالات فهي «اعتقادات» زائفة يعتنقها الفرد بقوة على الرغم من تناقضها مع الواقع الاجتماعي . . . وإن أهم ما تتسم به الضلالات أن الآخرين لا يشاركون الفرد فيها ، بل إنها فكرة خاطئة فردية أو سوء تأويل يخص الفرد وحده . وفضلاً عن ذلك فإن الضلالات اضطراب في التفكير يتدخل في حسن سير وظائف الفرد (Campbell, 1996, p. 182) . ومن أهم أنواع الضلالات خمسة كما يلي : الاضطهاد ، والتلميح ، والعظمة ، والخاصة بالجسم ، وضلالات التأثير (انظر للتفصيل : كولز ، ١٩٩٢ ، ص ص ١٦٩-١٧٠) ، وتضاف إليها ضلالات الغيرة .

إن الوسواس (مثل اعتقاد الفرد بأنه يلوث الناس الآخرين) يمكن أن تصبح - كالضلالات سواء بسواء - اعتقاداً لا يتزعزع لدى الفرد ، إلا أن الأفراد الراشدين المصابين باضطراب الوسواس القهري قد يشكّون - في وقت معين - في أن وسوسهم أو الأفعال القهرية التي يقومون بها غير معقولة أو مفرطة زائدة ومبالغ فيها ، إنهم سوف يسلمون في النهاية ويدعون بأن هذه الجوانب التي تشغلهم لأساس لها من الصحة ، أو أنها مفرطة ومبالغ فيها . أما الضلالات الحقيقية فهي لا تهتز (من وجهة نظر صاحبها) (Nevid, Rathus, & Greene, 1997, p. 210) . ومن أمثلة الضلالات اعتقاد الشخص بأن المخابرات الأمريكية تتابعه ، أو أن الشيوعيين يتجسسون على هاتفه . أما الضلالة بأن شخصاً ما قد وقع في حبك على الرغم من الدليل المقنع على عكس ذلك فيسمى «هوس الغرام» Erotomania ، وهذا غير اضطراب الوسواس القهري ، ويعالج بطريقة مختلفة عنه (Baer, 1992, p. 28) .

وقد بحث كل من «كوزاك ، وفووا» (Kozak & Foa, 1994) العلاقة بين الوسواس والتقويم الزائد للأفكار والضلالات في اضطراب الوسواس القهري . ومن

الممكن أن تتداخل الوسواس مع الضلالات . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : « أنا مريضة عقلياً » :

« ليلي » سيدة في الثالثة والعشرين من عمرها ، أم لولدين ، وتعيش معها فقط من دون زوج لها ، أحضرتها سيارة الإسعاف وأدخلت غرفة الطوارئ ، وقررت أنها قبل ذلك بساعة تعاطت جرعة زائدة من عقار مضاد للاكتئاب ، واستدعت الإسعاف في الحال لنقلها إلى المستشفى ، ولقد كانت - لدهشة القائمين على حالتها - تبدو متيقظة وذات توجه Oriented ، مع غياب العلامات الخارجية للكرب أو الأغم ، وكانت طبيعية فيما يختص بالعلامات الحيوية Vital Signs (معدل النبض ، ومعدل التنفس ، وحرارة الجسم ، وضغط الدم) .

وذكرت « ليلي » أنها تعاطت الجرعة الزائدة من العقار لأنها كانت غاضبة ؛ حيث لم يفعل أي شخص أي شيء لمساعدتها ، وقالت : إنه على الرغم من أنها تستطيع أن تعيش وهي تعرف أنها « مريضة عقلياً » ، فقد طلبت مرات كثيرة أن تجرى لها جراحة تجميل حتى لا تبدو « مريضة عقلياً » ، ولكن لم يرحب أحد بمساعدتها لإجراء هذه الجراحة .

وكشف مزيد من الفحص والمراجعة لسجلات « ليلي » أنه كان لديها معركة طويلة الأمد مع وسواس وقهر متعدد ، إذ تعذبها شكوك ووسواس تثير قلقاً دائماً لديها ، وهي عادة من النوع العدواني ، وتؤدي غالباً إلى طقوس مراجعة شاملة ، وعندما تقود سيارتها فإنها كثيراً ما تتبع المسار الذي سلكته ساعات عديدة لتراجع إذا ما كانت قد سارت فوق شخص ما ، وهي فكرة تقدح زنادها ، وتثيرها ذكرى غامضة للسير فوق شيء مرتفع على الطريق .

وكانت تشعر بأنها لا تستطيع أن تثق في حواسها الخاصة ، وأن ذاكرتها غير موثوقة بها . واكتشفت في صباح يوم أن مزلاج الباب مفتوح على الرغم من أنها متأكدة تماماً من أنها قد أغلقت الباب الليلة الماضية ، وأدى بها ذلك إلى أن تستنتج أنها لا بد أنها قد ذهبت

خارج منزلها في الليل ، وقتلت شخصاً ما ، وهي فكرة انتابتها ، ولازمتها لما يزيد على العام .

وكانت وساوس «ليلي» من أنها قد آذت شخصاً ما تؤدي بها عادة إلى استدعاء الشرطة ، وتبحث عن جرائم قريبة ، وكانت تصبر أحياناً على ضرورة القبض عليها بوصفها مرتكبة هذه الجريمة . كما أنها معروفة جيداً لمعظم مستشفيات الصحة النفسية في المدينة ؛ لأنها تقوم عادة باستدعاء المسؤولين عنها ، وتقرر لهم أن شدة مرضها العقلي يجب التسليم بها ، وأنه يتعين إيداعها في مؤسسة عقلية . وعندما كانت تشعر في الماضي أن السلطات قد تجاهلتها فكثيراً ما كانت تهدد بالانتحار ، وتجرح رسغها جرحاً سطحياً في محاولة ظاهرة كي تجبر السلطات على أن تأخذ أمرها مأخذ الجد .

وعاشت «ليلي» حياة شخصية مضطربة وغير مستقرة ، وانتهى زواجها الوحيد والقصير بالانفصال والطلاق ، ولم تعمل «ليلي» قط ، وربت طفلها من المساعدة التي تقدمها الهيئات الاجتماعية . وكانت علاقتها بأسرتها الأصلية مشكلة ، وتراوحت مشاعرها نحوهم بين الغضب والانتكالية . ومرت بها فترات طويلة من المزاج المكتئب ، اتسمت بمشاعر الخواء والشك الشامل بالنسبة لهويتها ومشاعرها وأهداف حياتها . وكان تشخيصها اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية البيني (Greist & Jefferson, 1995, p. 59f) .

وقد تتداخل الوسواس والاضلالات معاً تتداخل كبيراً إلى حد قد يجعل التفرقة بينهما صعبة بما يمكن أن يؤثر في تشخيص الحالة ، ومن ثم علاجها . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : «هل هم يضحكون عليّ؟» :

«سامي» رجل في السادسة والستين من عمره ، له تاريخ طويل من السلوك التكراري أو المتكرر ، بدأ من اثنتي عشرة سنة تقريباً ، حيث كان يقوم بسلوك العد والتكرار وطقوس اللمس وغسل اليدين ، وعدم القيام بهذا السلوك يؤدي به إلى شعور

بالقلق المرتفع . وكان يقوم بكل سلوك قهري ليعادل أو «يحايد» الأفكار السيئة . وكانت هذه الأعراض تزيد وتنقص Waxed and waned خلال طفولته ورشدته .

وعلى الرغم من هذه الأعراض فقد حصل «سامي» على معدلات فوق المتوسط في المدرسة الثانوية والجامعة ، وكان يحتفظ بأعراضه دائماً مخفية كما لو كانت مصدر خزي وعار كبيرين . وتزوج «سامي» في الثلاثينات من عمره ، وكانت له حياة مهنية ممتدة وناجحة بوصفه معلماً ، وكان قادراً على إخفاء أعراضه عن زوجته خلال هذه الفترة .

وفي أواخر الخمسينات من عمره تغيرت نوعية أعراض «سامي» ، فقد بدأ يعتقد - وهو يقترب من سن التقاعد - أن الناس في العمل تضعه في مركز منخفض ، أو تنظر إليه نظرة دونية ، ثم عمم هذا الشعور بالتدريج على كل شخص له علاقة به سواء أكان ذلك في مكان العمل أم غير ذلك .

وعلى الرغم من أن الأعراض القهرية الأخرى لديه ظلت تحت سيطرته النسبية بشكل جيد فقد نشأ لديه نمط سلوكي معقد مفاده قيامه بسؤال الأشخاص الذين يقابلهم عما إذا كانوا يضحكون منه ويهزأون به أو لا . وبطبيعة الحال فإن الأشخاص الذين كان يقابلهم في الجمعية أو مخزن السلع أو في الطريق قد واجهوا هذا السؤال بدهشة واستغراب شديدين . ولكن ظلت الأكثرية العظمى من الناس تستجيب له بطمأنته على أنهم لم يكونوا يضحكون منه أو يهزأون به .

وكان «سامي» يشعر - على الرغم من هذه التأكيدات والتطمينات - بالحاجة إلى المراجعة ، بسؤالهم السؤال ذاته مرات متكررة ، وفي النهاية كان سلوكه يولد إما التسلية وإما الازدراء من المارة أو المشاهدين ، وكان سلوكه أحياناً مؤدياً إلى تعطل حركة المرور ، ففي أكثر من مرة استدعت الشرطة في هذا الموقف بسبب إلحاحه أو إصراره على هذا السلوك . لقد كان لديه امتصاص بأن سلوكه سخيف ، ولكنه كان يشعر بأنه لا يستطيع إيقافه ، وأحياناً كانت الفكرة القائلة بأن الآخرين يسخرون منه ويهزأون به تقترب من

حجم أكبر من قيمتها ، ولكن «سامي» لم تصبه الضلالة Delusion قط .

ولم يكشف الفحص الطبي والنفسي الشامل عن أي دليل على تدخل أي سبب طبي يُحدث هذه الأعراض ، كما لم يتوافر أي دليل على خلل واضح في الوظائف المعرفية لدى هذا المريض .

وأدت أعراض «سامي» إلى توقفه عن العمل ، ومن ثم ظهر صراع كبير مع زوجته ؛ لأنه لم يستطع أن يخفي أعراضه بعد في أثناء بقاءه في المنزل . وقد سمح له برنامج شامل للعلاج السلوكي أن يعيد تكوين علاقته وتواصله مع زوجته ، ولكن الشك المستمر ظل يعجزه ، كما ظل يلتمس إعادة الطمأنينة ويبحث عنها ، وكان الاستخدام المكثف للعقاقير غير مفيد معه .

وتوضح حالة «سامي» ظهور أعراض جديدة لدى مريض استقر عنده اضطراب الوسواس القهري استقراراً نسبياً سنين عدداً . ويشبه التاريخ المبكر لهذا المريض التاريخ المبكر لكثير من مرضى اضطراب الوسواس القهري ؛ فقد نشأت أعراضه وتطورت في المراهقة المبكرة ، واستمرت في مجرى يتذبذب بين الزيادة والنقصان في أثناء الجانب الأكبر من حياته . وفي أواخر الخمسينات من عمره أضيفت أعراض جديدة إلى مجموعة المظاهر المستقرة الخاصة باضطراب الوسواس القهري . وعلى الرغم من النكهة الضلالية (الاضطهادية) لأعراض «سامي» الجديدة فلم يكن هناك دليل على حدوث عملية ذهانية .

وقد يكون تفاقم اضطراب الوسواس القهري لدى «سامي» راجعاً إلى الضواغط الموقفية الخفية التي أحاطت بعمله أو بزواجه . كما تعد حالة «سامي» - ببساطة - مثالاً لعدم إمكان التنبؤ بسير اضطراب الوسواس القهري (Greist & Jefferson, 1995, pp.135-137) .

ملخص

الوساوس أفكار عنيدة تتخذ طابع الإصرار والاستمرار ، ودفعات لفعل أمور معينة ، أو صور عقلية وتصورات يجريها الفرد ويقاسي منها ، ويرى أنها تقتحم فكره وتتدخل فيه ، وأنها غير ملائمة ، وتسبب له قلقاً ملحوظاً .

وللوساوس أشكال عدة منها : أفكار التلوث ، والشكوك المتكررة ، والتردد وعدم الحسم ، وترتيب الأشياء بطريقة معينة ، والدفعات العدوانية ، والتخيلات الجنسية ، وتخيلات لمناظر مرعبة ، والدفعات الحمقاء ، والحزن أو التخزين لأشياء لا قيمة لها . وأكثر غماذج الوساوس شيوعاً وساوس التلوث (حالة المليونير هيوز) . ويقوم الشخص المصاب باضطراب الوسواس القهري بواحد أو آخر من هذه التصرفات : فقد يحاول أن يتجاهل هذه الأفكار والدفعات ، أو يقمعها ، وقد يحاول أن يعادل هذه الأفكار بأخرى ، كمن تسيطر عليه شكوك عما إذا كان قد أطفأ موقد الطهي أو لا ، فإنه يحاول أن يعادل هذه الشكوك ويجعلها محايدة بأن يكرر مراجعته للموقد مراراً وتكراراً ليتأكد من أنه مطلقاً .

ومن الملاحظ أن مضمون الوسواس يتغير عبر العصور ، فلعل من الشائع الآن أن ترتبط الوسواس بمرض نقص المتعة المكتسب (الإيدز) ، وهو ما لم يكن موجوداً قبل ذلك . ومن الأهمية بمكان في هذا المجال أن نعرف الضلالات ، وهي اضطراب في التفكير واعتقادات زائفة تتناقض مع الواقع الاجتماعي ، وعلى الرغم من التداخل بين الوسواس والضلالات فإن التفرقة بينهما ممكنة في حالات كثيرة .

ويلاحظ القارئ أن هذا الاضطراب يشمل جانبين أساسيين هما الوسواس والقهر ، ويندر أن توجد الوسواس منفصلة عن القهر ، ولذا نعالج في الفصل الثالث : القهر أو الطقوس القهرية .

* * *

الفصل الثالث

الطقوس القهرية

تمهيد :

عرضنا في الفصل السابق للوساوس بوصفها أفكاراً أو دفعات أو صوراً عقلية تسيطر على ذهن الشخص ، وتشغل تفكيره . ولا تتوقف مثل هذه الأفكار العنيدة الغالبة عند مستوى التفكير وحيز العقل ، بل إنها تنجح غالباً في أن تجهد لها منفذاً إلى السلوك الفعلي فيحدث القهر أو الأفعال القهرية . ولتذكر القارئ أن الوساس أفكار ، والقهر سلوك فعلى يعتمد على هذه الأفكار ؛ أي : أن في الوساس القهري جانبين : معرفي Cognitive وسلوكي Behavioral ؛ فالوساس هي العنصر المعرفي ، والأفعال القهرية هي العنصر السلوكي . ومن النادر أن توجد الوساس منفصلة عن القهر ، ولكن تقسيم معالجة كل منهما في فصلين مستقلين - كما ألحنا في الفصل الثاني - جاء لتسهيل الدرس ، وننتقل الآن إلى تحديد المقصود بالقهر .

تعريف القهر

أ- المعنى اللغوي :

«القهر في اللغة العربية من قهره قهراً : غلبه . فهو قاهر ، وقهار . ويقال : أخذهم قهراً : من غير رضاهم ، وفعله قهراً : بغير رضا . وأقهر الرجل : صار أمره إلى القهر . والقهرة بضم القاف ، يقال : أخذت فلانا قهرة : اضطراباً . والقهار اسم من أسماء الله الحسنى . والقهار الغالب لا يحد غلبته شيء» (مجمع اللغة العربية ، ١٩٨٥ ، ص ٧٩٤) . وعلى الرغم من أن المعنى اللغوي الغالب يشير إلى عنصر خارجي في القهر (كقهر شخص لآخر) فإنه يتضمن أيضاً القهر النابع من مصدر داخلي ذاتي متصل بفعل الشيء من غير رضا . والأخير أقرب استخدام للكلمة بوصفها مصطلحاً نفسياً علمياً .

ب - المعنى النفسي :

القهر Compulsion سلوك حركي أو عقلي أو انفعالي يتخذ شكلاً متكرراً (كغسل اليدين ، وترتيب الأشياء ، والمراجعة) ، والقهر كذلك أفعال عقلية (كالصلاة ، والعد ، وتكرار الكلمات بطريقة صامتة) . ويهدف القهر إلى أن يمنع القلق أو يخفف من الضيق والألم ، ولا يهدف إلى أن يجلب للفرد السرور ولا أن يحقق له الإشباع .

وفي معظم الحالات يشعر الفرد بأنه مدفوع أو مقود إلى تنفيذ الفعل القهري ، وذلك حتى يخفف من الضيق والكرب الذي يصاحب الوسواس ، أو حتى يمنع حادثاً معيناً مفزعاً أو موقفاً مروعاً . ومثال ذلك أن الأفراد المصابين بالوسواس المتصلة بالتلوث ، وبأنهم يمكن أن يصبحوا ملوثين ، يخفضون من الكرب والضيق العقلي الذي يشعرون به عن طريق غسل أيديهم إلى الدرجة التي يتسلخ فيها جلدهم ويصبح مهترئاً ، أما الأشخاص الذين نزعجهم الوسواس المتعلقة بتركهم الباب مفتوحاً فقد ينقادون إلى مراجعة قفل الباب كل بضع دقائق ، وأما الأفراد الذين تضايقهم أفكار غير مرغوبة ومتصلة بعدم احترام المقدسات أو الكفر فقد يجدون راحة في العد من عشرة حتى واحد (١٠-٩-٨-٧ . . .) أو العد مائة مرة تصاعدياً مقابل كل فكرة غير مرغوبة من هذه الأفكار التي تسيطر عليهم .

ويقوم مثل هؤلاء الأفراد في بعض الحالات بتنفيذ أفعال جامدة غير مرنة أو نمطية ، تبعاً لقواعد خاصة ومحددة ، دون أن يكونوا قادرين على تقديم سبب قيامهم بها . والقهر - بطبيعة تعريفه - نوعان : إما أنه أفعال مفرطة ومتطرفة بطريقة واضحة ، وإما أفعال غير مرتبطة - بطريقة واقعية - بما وضعت من أجل أن تعادله أي : تجعله محايداً أو تمنعه .

وأكثر أنواع القهر شيوعاً تتضمن : الاغتسال والتنظيف ، والعدّ ، والمراجعة ، وتطلب التأكيدات ، وتكرار الأفعال ، والترتيب .

ويقن الراشدون المصابون باضطراب الوسواس القهري - في مرحلة معينة - أن

الوساوس والقهر مبالغ فيهما أو يزيدان على الحد أو غير معقولين ، ولا ينطبق ذلك على الأطفال ؛ لأنهم يفتقرون إلى الوعي المعرفي الكافي للوصول إلى هذا الحكم ، وعلى الرغم من ذلك - وحتى لدى الراشدين - هناك مدى واسع من الاستبصار في مدى معقولة الوساس والقهر ؛ إذ يشك بعض الأفراد في معقولة الوساس والقهر لديهم ، في حين ييقن آخرون معقوليتها ، وقد يتغير استبصار أي فرد تبعاً لاختلاف الأزمان والمواقف ، مثال ذلك أن الشخص يمكن أن يؤكد أن قهر التلوث غير معقول عندما يناقشه في موقف آمن كمكتب المعالج ، ولكنه لا يرى ذلك عندما يجبر على أن يتداول النقود . وفي مثل هذه الأوقات عندما ييقن الفرد أن الوساس والقهر غير معقولين فإنه قد يرغب في المقاومة أو يحاول أن يقاوم ، وعندما يحاول الفرد أن يقاوم القهر فإنه يمكن أن يشعر بارتفاع القلق أو التوتر ، في حين ينتهي القلق ويتوقف التوتر غالباً عندما يستسلم الشخص للقهر . وخلال سير الاضطراب ومجراه فإن الفرد - بعد أن يتكرر إخفاقه في مقاومة الوساس أو القهر - يستسلم لهما ، ولا يشعر بعد ذلك برغبة في مقاومتها ، وقد يُدرج القهر ويجعله مضمناً في «روتين» حياته اليومية .

ولابد أن تسبب الوساس أو القهر ضيقاً ملحوظاً وكرهاً شديداً ، حيث إنهما يستهلكان وقتاً (يستغرقان أكثر من ساعة في اليوم الواحد) ، أو يتدخلان بشدة ويؤثران بقوة في نظام (روتين) حياة الفرد الطبيعية ، أو ما يقوم به من وظائف متصلة بالمهنة أو النشاطات الاجتماعية العادية أو العلاقات بالآخرين .

إن الوساس أو القهر يمكن أن يحل محل أنواع من السلوك المؤدية إلى الرضا والإشباع لدى الفرد ، ويمكن أن يتسببان في اضطراب الوظائف العامة للفرد وتمزقها . وحيث إن الأفكار الوسواسية تقتحم عقل الفرد ويمكن أن تشتت انتباهه فكثيراً ما ينتج عنها أداء غير فعال في المهام المعرفية العقلية التي تتطلب التركيز ، مثل القراءة وإجراء العمليات الحسابية . وفضلاً عن ذلك فإن كثيراً من الأفراد يتجنبون الموضوعات أو المواقف التي تثير الوساس أو القهر لديهم ، ومثل هذا التجنب يمكن أن يصبح شاملاً ممتداً ، ويعوق بشدة الوظائف العامة المنوطة بالفرد (APA, 1994,p.418f) .

تنبيه مهم :

نسمع عن أشخاص يوصفون بأنهم مقامرون قهريون ، أو لديهم قهر الأكل ، أو قهر شرب الخمر . وعلى الرغم من أن هؤلاء الأشخاص قد يقررون وجود دفعة لا يمكن مقاومتها للمقاومة أو الأكل أو الشرب فإن مثل هذا السلوك لا يُعدُّ - من الناحية الإكلينيكية - سلوكاً قهرياً ، لأن الفرد يقوم به عادة بفرض وسرور ، كما أنه ليس غريباً عن ذاتهم Ego- alien ، ذلك أن القهر الحقيقي ينظر إليه الفرد غالباً على أنه - إلى حدٍّ ما - غريب عن شخصيته . فقد استنتج «شتيرن» ، وكوب» مثلاً أن ٧٨٪ من عينة مرضى القهر ينظرون إلى طقوسهم على أنها «سخيفة أو حمقاء» (Davison & Neale, 1996,p.152) . أما مدمنو الانحرافات عموماً فهم يبحثون عن إشباعها بإرادة واعية ، وتصبح محور حياتهم ، ولا يهدأ لهم بال إلا إذا استجابوا لها على الرغم من معرفتهم بما سيترب عليها من ويلات لهم ولأسرهم ولجتمعاتهم .

طبيعة الأفعال القهرية

القهر استجابات للأفكار الوسواسية ، ويتكون القهر من طقوس جامدة متحجرة (كغسل اليدين ، أو المراجعة) أو أفعال عقلية (كالعد ، أو تكرار الكلمات بطريقة صامتة) والتي يشعر الفرد أنه مَسْئُوق إلى القيام بها استجابة للوسواس . وتهدف الأفعال القهرية إلى منع الضيق والكرب أو التقليل منهما ، كما تهدف أيضاً إلى تجنب حادث مروع . ومع ذلك فإن هذه الأفعال ليست متعلقة - بطريقة واقعية - بما وضعت من أجل أن تمنعه ، كما أن هذه الأفعال مبالغ فيها ، ومسرقة بشكل واضح (Rosenhan & Seligman, 1995,p.267) .

ويحدث في الأفعال القهرية تكرار إجباري إلزامي لفعل معين ، وتكون مثل هذه الأفعال تكرارية ونمطية ، وعندما يُسأل المريض عن السبب في سلوكه ، فإما أنه يقدم بعض التفسيرات التي يعرف أنها غير ذات أساس عقلي منطقي ، وإما أنه قد يعترف بأن

هذه الأفعال سلبية ولا هدف من ورائها .

ويشعر المريض عادة ببعض الرفض والمقاومة ضد الفعل القهري الذي يقوم به ، ولكن التوتر والقلق يرتفعان إلى أن تصبح الدفعة إلى التكرار لا يمكن مقاومتها ، وإذا منع المريض من القيام بطقوسه القهرية فإن القلق الواضح يظهر (Kolb, 1970,p. 484) .

ولا تشبه الأفعال القهرية بعض أنواع السلوك التي يقوم بها الفرد في ظروف معينة بطريقة «روتينية» جامدة ، لأن القهر تحكمه مجموعة من الترتيبات أو الأوامر ، مثال ذلك أنه لا يعد من السلوك القهري ما يتبعه «موظف الخزينة» من إجراءات معينة لعد النقود في نهاية فترة عمله ، في حين أن القهر يتضمن أن يشعر هذا الموظف بأنه مدفوع داخلياً ليقوم بطقوس معينة عند إجراء هذه العملية ، مثل الرغبة في لمس النقود فقط بيده اليسرى ، والذهاب إلى الحمام لغسل يديه كل مرة يلمس فيها فاتورة قيمتها عشرون دولاراً مثلاً . . وهكذا (Halgin & Whitbourne, 1993, p. 184) .

وتقلل الأفعال القهرية من القلق ، ولكنها لا تجلب السرور ، ومن ثم فإن بعض أنواع السلوك كالمقاومة واستخدام العقاقير اللذين يُعدّهما الناس قهراً ، لا يعدّان قهراً حقيقياً تبعاً لتعريف القهر كما بينا . وعلى الرغم من أن بعض الإكلينيكين ينظرون إلى الطقوس القهرية على أنها مرتبطة بنقص كامل للضبط أو التحكم الإرادي لدى الفرد ، فإن الأدق أن ننظر إلى المشكلة على ضوء التحكم الناقص (Oltmanns & Emery, 1995,p. 202) .

ويورد «كاميزون» تاريخ حالة صبي عمره ١٢ عاماً لديه اندفاع متكرر يجبره على أن ينادى والديه بأسماء داعرة (قذرة) ، وقد حقق هذا الطفل السيطرة على ذلك بقوله لنفسه بصوت مرتفع : «توقف ! توقف !» . وفي حالة أخرى أوردها «كاميزون» عانت سيدة في أواسط العمر من اندفاعات متكررة تحببها على خنق زوجها في أثناء نومه ، ولكنها كانت تتحكم في هذه الدفعاات بالذهاب إلى الحمام . كما ذكر «لوجلن» حالة رجل عمره ٢٨ عاماً لديه انشغال وسواسي بالنظافة ،

يصاحبه ميل قهري لغسل يديه ، وكان هذا الرجل يقوم بغسل مفاتيح الآلات في عمله عن طريق مطهر قوى قبل كل استخدام وبعده ، ويمسك ملابسه الداخلية عن طريق مناديل معقمة ، ويغسل ملابسه بالبخار في المغسلة إذا لمسها شخص آخر ، ويغسل يديه ليقابل من التوتر (Reiss, et al., 1977,p.291) .

وتوجد مجموعة فرعية من مرضى الوسواس القهري تزيد من تقدير الجوانب المعرفية Overvalued ideation ، وتحتق اعتقاداً قوياً في أن مخاوفها واقعية تماماً ، وأن السلوك الذي يتخذ طقوساً معينة يمنع فعلاً حدوث الكارثة . وعندما سئلوا عن احتمال حدوث العواقب التي يخشون وقوعها في حالة عدم قيامهم بالطقوس الوقائية ذكروا أن هذا الاحتمال يتزايد كثيراً .

وهذا الاعتقاد لا يميز الأكثرية العظمى من الوسواسيين القهريين الذين يعرفون تفاهة مخاوفهم وعدم معقوليتها ، ومن ثم يوردون احتمالاً منخفضاً لحدوث هذه المخاوف ، وذلك على الرغم من القهر الذي يجعلهم يتصرفون كما لو كان الخطر الفعلي موجوداً .

وتقدم «فوا» مثالا لذلك حالة مريضة كانت تخشى أن تصاب بجراثيم سرطان الدم (اللويميا) الذي كانت تعتقد أنه يمكن أن يقتل زوجها وأطفالها ، وعلى الرغم من التأكيدات المتكررة من المهنيين المتخصصين بأن مثل هذه الجراثيم غير موجودة فإن هذه المريضة كانت تجد دائماً طرقاً للاستهانة بهذه المعلومات الخارجية ، مؤكدة اعتقادها بأن مثل هذه الجراثيم موجودة فعلاً ، وأنها يمكن أن تنتشر بين الأفراد ، وعندما طلب منها أن تقدر احتمال موت زوجها وأطفالها إذا لم تقم بطقوس الاغتسال الوقائية ، فذكرت : أن هذا الاحتمال = ١٠٠٪ (McCarthy & Foa, 1990,p. 214) .

الطقوس القهرية

يستخدم مصطلح الطقوس Rituals بمعان مختلفة تماماً في مختلف التخصصات ، فيستخدم الأثروبولوجيون مصطلح «الطقوس» للإشارة إلى الاحتفالات Ceremonies

أو المراسم التقليدية في مجتمع معين ، وتضم أي عدد من واحد إلى عدة مئات من الأفراد . كما يستخدم الأثنروبولوجيون مصطلح الطقوس أيضاً للإشارة إلى أنواع السلوك المحددة والنمطية ذات الدلالة الدينية أو الصوفية غالباً .

ومن ناحية أخرى يشير الأطباء أيضاً - من الناحية الوصفية - إلى أنماط مشابهة من الحركات على أنها طقوسية ، بما تتضمنه غالباً من الصراع والمرض النفسي والشذوذ السلوكي (Kolb, 1970, p. 317) .

والطقوس في مجال علم النفس المرضى «سلوك شكلي يصدر في ظروف محددة بوصفه ابتكاراً تلقائياً للفرد الوسواسي القهري» . . . وأما الطقوس المعرفية Cognitive rituals فهي نشاط عقلي يستخدمه مريض الوسواس ليخفف القلق (على العكس من الوسواس ذاته الذي يزيد القلق) (Campbell, 1996, p.635) . ومن الطقوس القهرية الحركة الشهيرة : لمس أعمدة النور ، والامتناع عن السير على الشقوق الموجودة على الرصيف (انظر شكل ٤) .



شكل (٤) : طقوس عدم السير على شقوق الطوار (الرصيف)

إن الأفعال أو النشاطات الطقوسية في الوسواس القهري يمكن أن يقوم بها المريض في محاولة لطرد الأفكار الوسواسية أو القيام بفعل مضاد لها . ومن الناحية العملية فإن مثل هؤلاء المرضى لا يمكن أن يتفدوا أياً من الأفكار المعادة التي تلح عليهم ، والتي تعد ذات مضمون عنيف أو غير أخلاقي ، وقد يصبحون في حالة خوف شديد خشية أن يفعلوها (Kolb, 1970,p.317) . ولكن ما يملكه الوسواسيون - في هذا الصدد - هو أن يقوموا بطقوسهم القهرية . والطقوس القهرية سلوك قهري ظاهر أو عقلي ، له نمط جامد متسلسل أو يشمل سلسلة من الخطوات ذات بداية ونهاية محددة وقاطعة ، ومثاله طقوس المراجعة التي ينفذ فيها الشخص نظاماً محدداً من المراجعات في سياق ثابت لا يتغير . ومعظم أنواع السلوك القهري ذات طقوس لها كيفية محددة (de Silva & Rachman, 1998, p. 19f) . وهناك نوع آخر من الطقوس المرضية يشمل ترتيب الأشياء بطريقة دقيقة جداً لإيجاد حالة من التناسق أو التوازن ، ويسبب اختلاط هذا الترتيب انزعاجاً شديداً (McCarthy & Foa, 1990) .

مثال واقعي لطقوس قهرية :

- يوضح المثال التالي طقوساً قهرية متقنة جداً ، أوردها رجل في منتصف العشرينات من عمره ، وفيما يلي ما يجب أن يفعله عندما ينظف أسنانه ويغسل وجهه كل صباح :
- ادخل الحمام بقدمك اليسرى أولاً .
 - اغلق الباب بيدك اليسرى ، ثم المس مقبض الباب بيدك اليمنى .
 - خذ منشفة من المشجب (الشماعة) واحتفظ بها على حافة المغطس (البانيو) بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
 - خذ فرشاة الأسنان من الخزانة ، وضعها على حافة حوض غسيل الوجه بيدك اليسرى ، ثم المسها بيدك اليمنى .
 - خذ أنبوب معجون الأسنان من الخزانة ، بيدك اليسرى ، عندئذ المسه بيدك اليمنى .
 - فك غطاء الأنبوب ، واتزعه بيدك اليسرى ، عندئذ المسه بيدك اليمنى .
 - اضغط على الأنبوب ، واعصره لتحصل على ما يكفي من معجون الأسنان ، وضعه

- على الفرشاة بيدك اليسرى ، عندئذ المس الأثوب بيدك اليمنى .
- أعد وضع غطاء الأثوب ، وأغلقه بيدك اليسرى ، عندئذ المسه بيدك اليمنى .
- التقط الفرشاة بيدك اليسرى ، ثم ابدأ عملية التنظيف بالفرشاة : نظف الأسنان اثنتين اثنتين ، من اليسار إلى اليمين ، الصف العلوي أولاً ، ثم الصف السفلي بعد ذلك ، من الخارج أولاً ، ومن الداخل بعد ذلك ، كل مجموعة من اثنتين نظفهما ثماني مرات ، عندئذ كرر العملية كلها بالفرشاة في يدك اليمنى ، ثم مرة ثانية بيدك اليسرى ، واتبعها هي نفسها مرة ثانية بيدك اليمنى .
- افتح الصنبور بيدك اليسرى ، ثم المسه بيدك اليمنى .
- اغسل الفرشاة تحت صنبور الماء الساخن ، امسكها بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
- أعد وضع الفرشاة في الخزانة بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
- اغسل فمك ، خذ الماء بيدك اليسرى ، ثم بيدك اليمنى .
- انظر إلى صورتك في المرآة أولاً بعينك اليسرى ، ثم بعينك اليمنى .
- ابدأ بغسل وجهك ، استخدم يدك اليسرى في نضج (نثر) الماء على وجهك ، ثم اليد اليمنى .
- ادعك الجانب الأيسر من وجهك باليد اليسرى ، ثم ادعك الجانب الأيمن من الوجه بيدك اليسرى ، عندئذ ادعك الجانب الأيسر من الوجه بيدك اليمنى ، بعد ذلك ادعك الجانب الأيمن من الوجه باليد اليمنى .
- ضع الصابون على الوجه بنفس الترتيب الوارد أعلاه .
- اغسل الوجه ، اثر الماء على الوجه بيدك اليسرى ، ثم بيدك اليمنى .
- انظر إلى نفسك في المرآة ، بعينك اليسرى أولاً ، ثم بعينك اليمنى .
- اغلق (الحنفيات) بيدك اليسرى ، عندئذ المسها بيدك اليمنى .
- التقط منشفة بيدك اليسرى ، ثم المسها بيدك اليمنى .
- جفف وجهك بالمنشفة ، جفف الجانب الأيسر ممسكاً القوطة بيدك اليسرى ، ثم جفف

- الجانب الأيمن ممسكاً المنشفة بيدك اليسرى ، ثم الجانب الأيسر ممسكاً المنشفة بيدك اليمنى ، ثم جفف الجانب الأيمن ممسكاً المنشفة بيدك اليمنى .
- انظر إلى نفسك في المرآة ، بعينك اليسرى أولاً ، ثم بعينك اليمنى .
- أعد وضع القوطة على المشجب بيدك اليسرى ، ثم المسها بيدك اليمنى .
- غادر الحمام بقدمك اليسرى أولاً .

يتضح من هذا المثال أن الطقوس القهرية ذات طبيعة رتيبة ، وتتخذ نظاماً محدداً ، وتستغرق وقتاً غير قصير . ومعظم السلوك القهري له خاصية طقوسية Ritualistic متعلقة به ، ولذلك يستخدم مصطلح «الطقوس» للإشارة إلى السلوك القهري (de Silva & Rachman, 1998,p. 20f) .

الوصف الإكلينيكي للأفعال القهرية

تتضمن أكثر أنواع القهر شيوعاً : غسل اليدين ، والنظافة ، والعد ، والمراجعة ، واللمس ، ويرتبط قهر النظافة عادة بالخوف من التلوث ، ويخاف المرضى أن يصبخوا ملوثين ، ومن ثم ينظفون منازلهم وأنفسهم وأطفالهم ، وكلما لمس مثل هؤلاء المرضى أي شيء يمكن أن يكون ملوثاً (كمقابض الأبواب ، والناس الآخرين ، والطعام) يتعين عليهم أن يغسلوا أيديهم وأذرعهم ، ويكون ذلك عادة لعدة دقائق ، أو يأخذون حماماً . إن هذه الأفكار لدى بعض المرضى يمكن أن تثير طقوس الاغتسال والنظافة .

ويحاول المرضى الوسواسيون والقهريون عادة أن يتجنبوا المواقف التي تشير الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية . ويرتبط سلوك التجنب Avoidance هذا بنوع الاضطراب لديهم ، فقد يذهب المرضى بطقوس النظافة إلى مدى بعيد لمنع التلوث (Emmelkamp, 1992) . ويبين جدول (٨) أهم الأفعال القهرية مع غاذج لها .

جدول (٨) : السلوك القهري ونماذجه

العمل القهري	أمثلة
العد	أعداد أو حروف معينة ، وأشياء أخرى في البيئة كأعمدة التوافذ أو أعمدة النور أو عدد طوابق المنازل أو أرقام السيارات .
المراجعة	الأقفال ، والأجهزة المنزلية ، وأوراق مهمة ، وسلة المهملات .
الاغتسال	الأيدي بوجه خاص ، والاستحمام .
الاحتفاظ والتخزين	الصحف ، والملابس القديمة ، وأشياء تافهة ، والزجاجات والعلب الفارغة ، وأجهزة قديمة لا تعمل .
التكرار داخلياً	جمل أو عبارات ، وكلمات ، ولحن موسيقي ، وأعداد . . .
الالتصاق بقواعد أو ترتيب معين	تأكيد التناسق ، والأفكار الطقوسية ، والالتصاق بنظام (روتين) معين في النشاطات اليومية .

انظر : (Barlow & Durand, 1995,p. 87) .

وفيما يلي أمثلة واقعية لبعض الأفعال القهرية :

* تطورت في ذهن امرأة فكرة أن هناك احتمالاً لوجود زجاج مكسور في طعامها ، فكان من الضروري عليها قبل أن تأكل أن تفريغ أو تنخل كل شيء في الطبق الخاص بها لتتأكد من أنه لا يوجد به زجاج مكسور .

* وحالة مشابهة لرجل كان لا يستطيع أن يشرب قهوته لخوفه من أن دبوساً يمكن أن يكون قد سقط فيها ، فكان يسكب القهوة من الفنجان إلى كوب آخر مرات عدة ليتأكد تماماً من أنه لا يوجد في القهوة أي دبوس (Kisker, 1977,p.202) .

وترتبط الطقوس القهرية والتجنب أحياناً بالغيرة المرضية التي يمكن أن تصيب أياً من الجنسين ، ويمكن أن تسبب الغيرة في الفحص المتكرر للملابس القرين (أو القرينة) وخصوصياته الأخرى للبحث عن علامات الخيانة ، فضلاً عن التدقيق والمراجعة المتكررين لتصرفات الزوج من قبل زوجته أو العكس .

مثال لحالة غير مرضية :

«ميرفت» امرأة في التاسعة عشرة من عمرها ، كانت تخاف من أن ينظر زوجها إلى امرأة أخرى ، فكانت تطلب منه إعادة طمأنة وتوكيد في شكل طقوس ثابتة ، وتصر «ميرفت» على أن يحدثها هاتفياً من العمل ليؤكد لها أنه لم ينظر إلى امرأة . وكان القلق والانشغال بهذا الأمر يمنعهما من زيارة أماكن يمكن أن يوجد بها نساء جذابات (كالبارات والديسكو والحفلات ودور السينما) ، كما يمنعهما من النظر إلى أصدقاء معينين ، أو من مشاهدة برامج معينة في التلفاز ، أو من النظر إلى صور النساء في الصحف والمجلات (Marks, 1987, p. 429) .

إن الفرد الذي يكرر فعلاً معيناً بشكل مستمر يخاف عواقب رهيبة إذا لم يقوم بهذا الفعل ، وأحياناً يتحقق القهر فقط عن طريق القيام «بحفلات» متقنة تستغرق ساعات وأحياناً معظم اليوم ، مع تجنب موضوعات معينة ، كالابتعاد عن أي شيء له لون بني ، والقيام بممارسات «سحرية» وقائية مكررة كالعداؤ النطق بأعداد معينة ، أو لمس تعويذة أو جزء معين من أجزاء الجسم . ويمكن أن تكون هذه الطقوس في المراجعة كما يلي : العودة إلى الوراء سبع خطوات أو ثمان للتأكد من أن الأفعال التي نفذت قد تمت فعلاً مثل : إطفاء الأنوار ومواقف الغاز ، والتأكد من أن الصنبور قد أقفل ، وأن أقفال النوافذ مشبقة ، والأبواب موصدة . وتتخذ الأفعال القهرية أحياناً شكل القيام بفعل ما كالأكل ببطء شديد (Davison & Neale, 1996, p.150f) .

أشكال الأفعال القهرية وتصنيفها

درس «أخطر» وصحبه (Akhter, et al., 1975) محتوى الوسواس (انظر الفصل الثاني) وكذلك القهر ، فحددوا شكلين للأفعال القهرية كما يلي :

١ - الاستسلام للأفعال القهرية : ظهر أن الدفعات القهرية أفعال قسرية اضطرابية لدى ٦١٪ من المرضى ، مثال ذلك كاتب إداري في التاسعة والعشرين من عمره سيطرت عليه فكرة أن لديه وثيقة مهمة في أحد جيوبه ، وكان يعلم أن ذلك ليس صحيحاً ،

ولكنه كان يجد نفسه مجبرا على أن يراجع جويوه مرة تلو الأخرى .

٢ - التحكم في الأفعال القهرية : تحدث لدى هؤلاء المرضى (ونسبتهم ٦٪) أفعال تلهيهم وتحول انتباههم ، وتسمح لهم بالتحكم في الدفعة القهرية والسيطرة عليها دون الاستسلام لها . مثال ذلك صبي في السادسة عشرة من عمره لديه دفعات متعلقة بغشيان المحارم (سفاح ذوى القرى الذين تحرم الشرائع الزواج بهم) ، فكان هذا الصبي يسيطر على القلق الناجم عن هذه الدفعة بأن يقوم بعد الأعداد حتى عشرة بصوت مرتفع ويشكل متكرر . ويلخص جدول (٩) نتيجة هذه الدراسة .

جدول (٩) : الأفعال القهرية وأمثلتها في دراسة «أخطر» وصحبه

الأفعال القهرية	مثالها
١- الاستسلام للأفعال القهرية .	هناك وثيقة مهمة في أحد جيوي فلاقتش عنها .
٢- التحكم في الأفعال القهرية .	جماع الأقارب والسيطرة عليه بالعد من ١-١٠ .

ويبين جدول (١٠) نماذج للأفعال القهرية مع نسبتها المئوية .

جدول (١٠) : الأعراض القهرية الشائعة وتكراراتها

لدى عينة من المرضى (ن = ٢٠٠)

الأفعال القهرية	%
المراجعة	٦٣
الاغتسال	٥٠
العد	٣٦
الحاجة إلى التساؤل أو الاعتراف	٣١
التناسق والدقة	٢٨
التخزين والاحتفاظ	١٨
قهر متعدد	٤٨

وبين جدول (١١) نتائج دراسة أحدث .

جدول (١١) : الأفعال القهرية الحالية كما قررها ١٨٢ مريضاً بالوسواس

القهري بوساطة قائمة أعراض مقياس «يل - براون»

الأفعال القهرية	عدد المرضى	%
المراجعة	١٤٧	٨٠,٧
الاغتسال	١١٦	٦٣,٧
التكرار	١٠١	٥٥,٥
الترتيب / التنظيم	٧٣	٤٠,١
العد	٦٤	٣٥,٢
التخزين	٥١	٢٨,٠
متنوعة	١٠٨	٥٩,٣

عن : (Antony, et al., 1998) .

تعقيب :

تتخذ الأفعال القهرية التي تصبح طقوساً لدى المرضى بهذا الاضطراب أشكالاً شتى ، وحيث إننا أمام اضطراب مركب متعدد الجوانب فإن الأفعال القهرية ذات تنوع كبير ، وليس من الضروري أن تظهر كل الأعراض لدى كل المرضى . ومن هنا يحدث الاختلاف الذي يلاحظه القارئ في الأعراض الواردة في الجدولين (١٠ ، ١١) . وبالإضافة إلى ذلك فإن النتائج الواردة في هذين الجدولين مستمدة من عيتين من المرضى تختلفان في عدد غير قليل من العوامل كالعمر والجنس والتعليم والمهنة وحدة المرض وإزمائه ، وطريقة تقدير الأعراض . . . وغير ذلك .

وعلى الرغم من هذه الفروق فمن الملاحظ أن الأعراض القهرية مشتركة بين هذين الجدولين فيما يلي : المراجعة ، والاغتسال ، والعد ، والتخزين أو الاحتفاظ ، والترتيب

والتنظيم (مقابل التناسق والدقة في جدول ١٠) . ومن الممكن النظر إلى هذه الأعراض على أنها أعراض قهرية أساسية ، وما خلاها من الأعراض فإنه يمكن أن يوجد في مجموعة من المرضى وربما لا يوجد . ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى إمكانية حدوث أعراض قهرية أخرى لدى مجموعات أخرى من المضطربين بالوسواس القهري .

حالة : قهر المراجعة :

«عامر» مهندس كيميائي ناجح ، حثته زوجته «دلال» وهي صيدلانية للبحث عن مساعدة بالنسبة لبعض سلوكياته غير الطبيعية التي وجدت أنها أصبحت مزعجة بشكل متزايد . وكان «عامر» لديه فعل قهري خاص بالمراجعة ، فعندما كانا يتركان الشقة كان يصير على العودة للتأكد من أن الأنوار مطفأة وصنابير الغاز مغلقة ، أو أن أبواب الشلابة مغلقة . وكان يعتذر عند المصعد أحياناً ، ويعود إلى الشقة لتنفيذ طقوسه . وأحياناً كان قهر المراجعة (أو الفعل القهري الذي يدفعه إلى المراجعة) يلح عليه وهو في «الجراج» ، وكان يعود إلى الشقة ، تاركاً دلال تستشيط غضباً . وأما الاستمرار في الإجازة فقد كان صعباً لـ «عامر» بوجه خاص ، فكانت الطقوس تشغل الجانب الأكبر من صباح يوم السفر ، وحتى بعد ذلك تظل الشكوك تطارده وتزعجه وتعذبه .

وقد حاولت «دلال» أن تتوافق مع نظام (روتين) «عامر» الليلي ، حيث يهب من السرير ليراجع الأبواب والنوافذ . ولقد نفذ صبر «دلال» ، وأيقن «عامر» أن سلوكه يفسد علاقته بزوجته ، فضلاً عن أن هذا السلوك يسبب له الضيق والكرب . ومع ذلك فقد كان معارضاً في طلب العلاج مقاوماً لذلك . وأعطى موافقة شفوية على أنه يود التخلص من عاداته القهرية ، ومع ذلك فقد كان يخاف أيضاً من أن التنازل عن أفعاله القهرية يمكن أن يتركه أعزل ودون دفاع ضد القلق الذي تساعده على تهدئته (Nevid, Rathus, & Greene, 1997, p.210) .

وأكثر الأفعال القهرية شيوعاً هي الاغتسال والتنظيف ، تليها المراجعة ، ونوع فرعي من المراجعة هو تكرار الأفعال مرات متعددة . والمكررون Repeaters مثلهم في ذلك

مثل المراجعين Checkers يقومون بطقوسهم حتى يمنعوا كارثة من الوقوع ، ولكنهم يختلفون عن المراجعين في أن طقوسهم ليست مرتبطة ارتباطاً منطقياً بالعواقب التي يخافون من وقوعها . فإذا كان شخص ما يخاف من السطو على منزله ليلاً فإن مراجعة الأبواب والنوافذ فعل منطقي ، ولكن ارتداء الزوجة الملابس وخلعها لمنع موت زوجها ، من الواضح أنه أمر يفتقر إلى المنطق (McCarthy & Foa, 1990) . ولكن كثيراً من المؤلفين يدمجون عنصر المراجعة مع التكرار . ونعرض في الفقرة التالية للتنظيف والمراجعة .

التنظيف والمراجعة من أهم الأفعال القهرية

عد بعض الباحثين المراجعين Checkers (وهم من يقومون بالمراجعة المتكررة والتفحص) والقائمين بطقوس الاغتسال Washers فئات فرعية مختلفة لاضطراب الوسواس القهري ، وتعتمد هذه الفروق على كل من الأساليب المعرفية ، والمتغيرات الاجتماعية ، والاستجابة العلاجية . في حين يعتقد باحثون آخرون أن اضطراب الوسواس القهري يشتمل على مجموعات فرعية أكثر كالمراجعين ، والقائمين بالاغتسال ، والوسواسيين بصورة نقية ، وأصحاب البطء الوسواسي . وقد نشر «خانا ، وموخيرجي» (Khanna & Mukherjee, 1992) دراسة عنوانها : «المراجعون والفسالون : فئات فرعية صادقة لاضطراب الوسواس القهري» ، أجريت على ٤١٢ مريضاً بالوسواس القهري . (جمعت هذه المجموعة في الفترة بين عامي ١٩٧٥ ، و١٩٨٤) ، وظهر أن هناك ثلاث فئات فرعية كما يلي :

أولاً : ١٢٣ مريضاً من فئة المهتمين بالاغتسال .

ثانياً : ٧٠ مريضاً يركز على المراجعة .

ثالثاً : ٨٩ مريضاً مختلطاً يركز على الاغتسال والمراجعة .

ويغلب أن يكون القائمون بالمراجعة غير متزوجين ، ذكوراً ، أصغر سناً ، بدأ

المرض عندهم بداية مبكرة ، وإذا كانوا متزوجين فإن المرض يغلب أن يكون قد بدأ لديهم قبل الزواج . ويغلب أن تكون المجموعة المختلطة من الإناث اللاتي تكون شكلاً مختلفاً عن مجموعة المراجعين . ونعرض فيما يلي للفتين الرئيسيتين للأفعال القهرية ، ونبدأ بأولاهما .

أولاً- التنظيف والاختسال :

يرتبط التنظيف Cleaning القهري غالباً بالخوف غير المعقولة من التلوث ، وفي هذا الخصوص فإنه يحمل تشابهاً كبيراً مع مخاوف شاذة Phobias معينة . وهناك ملامح سلبية وأخرى إيجابية في التنظيف القهري ، فإن المرضى بالتنظيف القهري يسلكون طريقاً يتجنبون فيه الاتصال بالقاذورات والجراثيم وغيرها من المصادر الأخرى للتلوث ، وعندما يعتقدون أنهم قد اتصلوا بمصدر من مصادر التلوث فإنهم ينشغلون عندئذ بسلوك مرتبط بطقوس النظافة ، كغسل أيديهم ، وأخذ حمام ، وتنظيف منضدة المطبخ . . . وهكذا . وتتضمن هذه الطقوس - بشكل نمطي - عدداً كبيراً من التكرارات .

وقد يغسل بعض الناس أيديهم في اليوم الواحد خمسين مرة ، ويستغرقون دقائق كثيرة في حك أيديهم وغسلها حتى الكوع بالمنظفات الصناعية القوية ، في حين يأخذ آخرون حماماً يستغرق ساعتين أو ثلاث ساعات ، بحيث يغسلون كل جزء من أجسامهم بترتيب ثابت ، ويحتاجون إلى تكرار حركة الحك عدداً محدداً من المرات (Oltmanns & Emery, 1995,p.202f) .

حالة نموذجية لعرض الغسل :

«شيماء» فتاة عذراء في الثالثة والعشرين من عمرها ، كاتبة في بنك ، ظلت مدة خمس سنوات قلقة ومشغولة بفكرة أنها يمكن أن تصبح حاملاً في أثناء العناق والقبلات على الرغم من أنها عذراء . لقد أصبحت «شيماء» خائفة أن تدخل إلى الحمام بعد أن يدخله صديقها خشية أن تصبح «حاملاً» منه . وبالإضافة إلى ذلك فقد ظلت «شيماء» مدة ثمانية عشر شهراً تخاف من أن تتحول شامة (حسنة) wart صغيرة في إصبعها إلى

سرطان ، فكانت تتجنب أي أشياء أو مواد قد تجعلها ملوثة «بجراثيم السرطان» ، وكانت تخشى من أن تنتقل مثل هذه الجراثيم إلى أسرتها عن طريق إصبعها ، وبدأت «شيماء» تغسل كثيراً جداً ، فكانت تغسل يديها ١٢٥ مرة كل يوم ، مستخدمة ثلاث قطع من الصابون كل يوم ، وتأخذ حماماً مدته ثلاث ساعات ، وتغسل شعرها بشكل متكرر خوفاً من التلوث بجراثيم مسببة للسرطان ، ولأن السرطان يمكن أن يستغرق وقتاً طويلاً حتى يظهر فإن «شيماء» كانت تشعر أنها لا يمكن أن تتأكد من أنها آمنة تماماً (Marks, 1987,p.428) .

هناك حالة امرأة كانت تغسل يديها مائة مرة في اليوم ، حتى أصبحتا مسلوخاً جلدهما وداميتين ، وكانت تنفق مبلغاً كبيراً من المال لتشتري الكمية الضخمة من الصابون الذي تستخدمه ، ومن ثم قامت بسرقتها من محل ، وعندما قبضت الشرطة عليها لم تستطع أن تسجل بصمات أصابعها لأن البصمات ضاعت في عملية الغسل .

ويعتمد كثير من المرضى إلى تقييد مناطق تحركهم نتيجة الخوف من التلوث أو من الضرر أو الأذى ، فيحصرّون أنفسهم في أماكن قليلة آمنة ، فقد تستخدم حجرة واحدة أو حجرتين من المنزل ، أما بقية الحجرات فتغلق سنين طويلة لأنها تبدو ملوثة . وقد ينتقل المرضى من منزل إلى آخر كل أشهر قليلة لأن كلا منها يبدو أنه أصبح قذراً ، ويسبب هذا الانتقال تشتتاً ومشكلات مالية .

لقد امتنع أحد المرضى تماماً عن استخدام الحمام في منزله لأنه ملوث ، وبدلاً من ذلك كان يركب سيارته ويقودها إلى مكان آمن يستطيع فيه أن يقضي حاجته ، كما كان لا يطبق الجنس ، لأنه يبدو عملية قذرة ، وكان يستحيل أن يصفح أي شخص خوفاً من التلوث . وكان مرضى آخرون يرمون ملابسهم ويتخلصون منها بعد لبسها مرة أو مرتين فقط لأنهم يشعرون بأنها أصبحت قذرة (Marks, 1987,p.434f) .

ومن أمثلة الفعل القهري المتصل بالنظافة والاغتسال أن امرأة كانت تغطي مقابض الأبواب في منزلها بقطع من الورق لتحفظها من أن تصبح ملوثة ، وحالة أخرى كانت

تغسل يديها مرات ومرات حتى يصبح جلد يديها أحمر متسلخاً . وكانت تلبس قفازات دائماً ، وذلك حتى تحمي نفسها من الميكروبات والجراثيم الموجودة في الأشياء التي لمسها الآخرون (Kisker, 1977, p.202) .

من الواضح إذن أن الطقوس القهرية المتعلقة بالنظافة ترتبط عادة بالخوف من التلوث ، فيخاف المرضى من أنهم قد يصبحون ملوثين ، ومن ثم ينظفون منازلهم وأنفسهم وأطفالهم . وكلما لمس مثل هؤلاء المرضى أي شيء يمكن أن يكون ملوثاً (مثل : مقبض الباب ، الناس الآخرين ، أو الطعام) يجب أن يغسلوا أيديهم وأذرعهم ، وغالباً ما يكون ذلك لمدة دقائق كثيرة ، أو يأخذون حماماً ، وقد تثير الأفكار وحدها لدى بعض المرضى طقوس الاغتسال والنظافة (Emmelkamp, 1987) .

ومهما كان الشيء الذي يلمسه المريض فإنه واثق من أن مجرد اللمس يجعل يديه ملوثتين ، وحيث إنه ليس في مقدوره أن يتجنب لمس الأشياء إلا قليلاً ، فإنه يمتنع عليه أن يكرر غسل يديه ، وبما أن كل شيء هو مصدر ممكن للتلوث ، فإن المريض يمكن أن يفرع إلى طرق معقدة ، ويلجأ إلى وسائل متعبة لتجنب لمس الأشياء . فقد يفتح الأبواب برفقه ، أو يمسك الأشياء بقفاز (جوانتي) أو بأي شيء يغطي به يديه . وكان أحد المرضى يغسل كل يوم سبت المقعد الخشبي الذي يتوقع أن يجلس عليه في اليوم التالي في الكنيسة . ونتيجة لهذا التوتر والانشغال وغسل اليدين الذي لا يمكن مقاومته ، فيمكن أن تدمر قدرة الشخص على أن يشغل عملاً يتكسب منه (Kolb, 1970,p. 485 f) .

ثانياً - المراجعة القهرية :

تتضمن طقوس المراجعة Checking الإعادة ، سواء أكانت الأبواب والنوافذ مغلقة أم لا ، وسواء أكان فرن الغاز مغلقاً أم لا . وعند مغادرة المنزل فإن عدداً من المراجعين Checkers سوف يعودون إليه مرات كثيرة ليروا إذا ما كان كل شيء على ما يرام ، وقد يحدث سلوك المراجعة أيضاً في مواقف أخرى ، كأن يعود السائق أدراجها ليرى هل حدث حادث ؟ أو أن يعود الموظف إلى مكتبه ليرى إذا ما كان شخص ما قد أغلقت عليه

دورة المياه ؟ . . . وهكذا . وتؤدي طقوس كل من الاغتسال والمراجعة إلى تجنب المواقف التي يحتمل أن تثير هذه الطقوس (Emmelkamp, 1987) .

وتمثل المراجعة القهرية عادة محاولة لتأكيد أمان الفرد أو تحقيق الأمان والصحة لصديق أو لفرد من أفراد الأسرة ، فيقوم الفرد بمراجعة الأشياء مرات ومرات تالية في محاولة لمنع حدوث حادث متخيل غير سار أو حادثة صدمية أو كارثة أو مرض . ويذكر ريكرمان ، وهودجسون « الأمثلة الآتية لطقوس المراجعة :

أ - امرأة متزوجة عمرها ٣٤ عاماً ، لديها طقوس المراجعة التي يثيرها الاتصال بالآخرين ، والنظر إليهم أو التحدث معهم أو إعطائهم طعاماً ، يؤدي ذلك إلى سلوك المراجعة حتى تتأكد من أنه لم يصيبهم أي ضرر أو أذى .

ب - مدرسة في الروضة عمرها ٤٠ عاماً ، تقوم بمراجعة شاملة للتأكد من أن كل البسط والسجاد مسطح أو ممدد ومنسبط تماماً حتى لا يتعثر فيها أي شخص ، وكانت تقضي فترات طويلة تبحث فيها عن الإبر والدبابيس أو المسامير على الأرض وفي الأثاث ، كما كانت تقوم بمراجعة متكررة للتأكد من أن كل السجائر والشباب قد أطفئت (Oltmanns & Emery, 1985, p. 202 f) .

وفيما يلي حالة واقعية أخرى :

حالة : كابوس العد :

«بدور» امرأة في أواخر الأربعينات من عمرها ، كانت تطمح في أن تصبح محامية ، ولكنها طرحت هذا الهدف جانباً ، إذ كان يزعمها - منذ المراهقة المبكرة - وسواس الأرقام ، وقهر يتكون أساساً من العد . وقررت أيضاً وجود بعض الأعراض الاكتئابية ، ناتجة - في المقام الأول - عن الاضطراب القهري وبعض المشكلات الأسرية الجارية . ولم تكن «بدور» قلقة بشكل خاص خلال المقابلة الأولى ، وذكرت أن الأعراض القهرية لديها مستمرة ، ولا يبدو أن هناك ضاعطاً من نوع خاص يفسر إلحاح هذه الأعراض عليها .

و«بدور» مطلقة ، وتعيش الآن وحدها ، وهي في صحة جيدة بوجه عام ،

وليس لديها تاريخ حاضِر أو ماضٍ من سوء استخدام العقاقير ، وبالإضافة إلى ذلك فليس لديها تاريخ من التدخل الطبي أو الطبي النفسي لشكاواها الحالية ، وذكرت أنه حتى الآن لا أحد يعلم عن قيامها بالعد فيما عدا ابتها .

وكان الاتصال بالعين ، وزمن الاستجابة ، واستمرار الأفكار ، والانتباه كله ممتازاً خلال المقابلة مع «بدور» ، وكان من الصعب أن يُفهم ماذا تعنيه «بالعد» ، ولكنها أكدت للقائم بالمقابلة أن هذا «العد» يحدث حتى وهي تتحدث ، وعندما طُلب من «بدور» أن تعطي نموذجاً لأعراضها أصبح الضيق واضحاً عليها : «دكتور ، إنني أعد كل شيء ، في أي مكان ، فعندما أرى الأشياء في سلسلة أشعر أنني أحتاج إلى أن أعرف بدقة كم عددها» .

وعندما طُلب منها أن تذكر مثالا محدداً ، أشارت إلى الحائط - بعد قليل من التردد - وقالت : «أعلم كم شهادة دبلوم معلقة هناك» ، وكانت تواجه الحائط مباشرة خلال هذه المقابلة القصيرة . وبدأ للقائم بالمقابلة - أن عد عدد الدبلومات ليس مهمة صعبة ، وقبل أن يتمكن القائم بالمقابلة من تقديم هذه الملاحظة استمرت «بدور» قائلة : «إنني أيضاً أعلم كم سماعة في سقف الغرفة ، وكم شريحة في مصراعي النافذة ، وكم عدد الخطوط في قميصك ، وفي هذه اللحظة أنا أقوم بعد الكتب في الرف العلوي للمكتبة هناك» .

وتقدمت المقابلة بطريقة سلسلة جداً ، ولذا ظهر السؤال بشكل طبيعي : هل تستطيعين في الحقيقة عمل ذلك ؟ وعندما مثلت «بدور» عن عدد الخطوط في قميص القائم بالمقابلة ، أجابت بشكل صحيح ، وأضافت : وكذلك العدد الموجود من الكتب في الرف العلوي للمكتبة ، وكان صحيحاً ، وفيما يختص بعدد شرائح مصراعي النافذة كانت صائبة كذلك .

وعندما ضغط القائم بالمقابلة على «بدور» لتقديم تفسير ظهر جلياً أنه لا توجد طرق سحرية للعد الذي تقوم به ، لقد كانت لديها رغبة كي تعرف العدد الصحيح ، وكي

تذكره أطول مدة ممكنة ، وقالت : «بعد أن أقوم بعد شيء ما مرة واحدة ، يتعين عليّ أن أقوم بعده مرات ومرات إلى أن أتأكد أن العدد صحيح» ، وكانت هذه عملية مرهقة ومزعجة لها .

وتحقق حالة «بدور» معايير اضطراب الوسواس القهري ، لقد كان لدى المريضة تاريخ طويل من الرغبة الوسواسية لمعرفة أعداد الأشياء في بيئتها ، والتي أدت إلى طقوس قهرية لا تنتهي من العد والمراجعة . وكانت مجبرة على مراجعة عدد الأشياء التي قامت بعدها وإعادة مراجعتها لتطمئن نفسها بأن العدد الإجمالي صحيح .

ومن الشائق أن نشير إلى أن الطقوس القهرية يمكن أن تكون عقلية بشكل كلي كما في حالة «بدور» . وتكون التفرقة بين الوسواس والقهر العقلي في أن الوسواس تميل إلى أن تكون راقعة للقلق Anxiogenic . في حين أن القهر العقلي يميل إلى أن يكون خافضاً للقلق Anxiolytic . ولقد تم التأكد من وجود القهر العقلي الخالص لأول مرة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع .

وهناك جانب شائق آخر في حالة «بدور» هو أنه على الرغم من تأكدها من أن وسواسها المتصلة بالأرقام مقننة لعقلها وتافهة ، وأن قهر العد غير معقول ومشتت للانتباه ، فإنها تستمد من ذلك شعوراً معيناً بالرقى والسمو من أعراضها تلك ، لقد كانت تعرف أن قدراتها غير عادية ، وتولد لديها إحساس مشوه بالرضا والإنجاز نتيجة لسلوكها هذا .

وربما كان أهم جانب في هذه الحالة أن نفحص مدى تدخل اضطراب الوسواس القهري في حياة «بدور» وتأثيره فيها ، وعلى الرغم من هذه الطقوس فإن «بدور» كانت تقوم بالنسبة المثوية الأكبر من عبء العمل في مكتبها بأكثر مما يفعلها العاملون من زملائها ، ولقد كان عملها بوجه عام موثقاً به ، ودقيقاً ، وفورياً ، ومنظماً بطريقة جيدة جداً ، مع محافظتها على المواعيد (Greist & Jefferson, 1995, p. 39f) .

ثالثاً - اجتماع طقوس النظافة والمراجعة :

لا تحدث الأعراض في اضطراب الوسواس القهري (ولاً في غيره من الاضطرابات النفسية) نقيّة إلا نادراً ، فليس من المتوقع كثيراً أن تتلخص كل شكاوى المريض من الاغتسال والنظافة فقط ، ولأن المراجعة فحسب ، وإنما يجتمع عدد من الأعراض غالباً في الحالات الواقعية ، انظر إلى الحالة الآتية التي تجتمع فيها طقوس النظافة والمراجعة معا .

حالة : طقوس معجزة :

«سالم» طالب في بداية دراسته الجامعية ، يبلغ من العمر ١٩ عاماً ، يدرس الفلسفة (تخصص أساسي) ، انسحب من الدراسة نتيجة لسلوكه الذي اتخذ شكل طقوس معجزة . وتضمنت هذه الطقوس غسل اليدين مرات كثيرة ، وأخذ حمام مرات زائدة ، فضلاً عن طقوس احتفالية في كل من ارتداء الملابس والمذاكرة ، والوضع القهري لأي شيء يسك به بطريقة قهرية في مكان محدد ، وإطلاق همسات غريبة بشعة ، فكان يحدث صوتاً كالسعال ، ويرفع رأسه ويرده إلى الوراء بحركة مفاجئة عندما يأكل ، يعجر قدميه ويشبكهما معا ويمسحهما في أثناء المشي .

وخلال العامين الأخيرين تدهور سلوك «سالم» بشكل مستمر ، وفي النهاية عزل نفسه عن أسرته وأصدقائه ، ورفض تناول الطعام ، وأهمل مظهره الشخصي ، ولم يحلق شعره مدة خمس سنوات وكذلك لم يحلق لحيته أو يشذّبها .

وفي أي وقت كان يمشي فيه في أي مكان كان يقوم بخطوات صغيرة جداً على أطراف أصابعه بينما ينظر إلى الوراء بشكل مستمر ، يراجع ويعيد المراجعة . وفي بعض الأحوال كان يجري بسرعة في مكانه ، ويسحب ذراعه اليسرى كلها من كم القميص كما لو كان عاجزاً ، ويتدلى قميصه .

وقبل أن يدخل المستشفى أوقف اتباع جميع قواعد الصحة الشخصية ، لأن الطقوس القهرية التي كان يجب عليه أن ينفذها خلال الاغتسال أو التنظيف كانت

مستهلكة جداً للوقت بحيث لم تترك له وقتاً يفعل فيه أي شيء آخر ، فأصبح الاغتسال «بالدش» متعمداً تماماً ، وتوقف عن غسل شعره ، وتنظيف أسنانه بالفرشاة ، أو تغيير ملابسه . وكان قليلاً ما يترك غرفته .

وتوقف عن تناول الطعام مع أسرته ، فكان يأكل فقط في الليل المتأخر عندما يكون الآخرون نياماً ، وحتى يصبح قادراً على تناول الطعام كان يجب عليه أن يخرج كل الهواء من رثتيه (يزفر زفيراً كاملاً) ، ويصدر كثيراً من الهمسات المسببة للضوضاء ، ويسعل سعالاً متقطعاً ، عندئذ يملأ فمه بأكبر كمية ممكنة من الطعام يقدر عليها بينما لا يكون هناك هواء في رثتيه . ووصل «سالم» إلى مرحلة كان كل طعامه يتكون من خليط من زبدة فول السوداني ، والسكر ، والكاكاو ، واللبن ، والمايونيز ، وكان يعد كل الأطعمة الأخرى ملوثات (Barlow & Durand, 1995, p.196) .

وتقوم طقوس المراجعة بوظيفة منع مصيبة أو كارثة ما متخيلة في المستقبل . وتعد معظم طقوس المراجعة منطقية ، مثال ذلك المراجعة المتكررة للموقد ليرى الفرد إذا ما كان قد أطفأه أم لا ، ولكن هذه المراجعة يمكن أن تصبح - في صورتها الشديدة - غير منطقية . مثال ذلك حالة «سالم» التي عرضنا لها ، فإذا لم يأكل بطريقة معينة فإنه يفكر في أنه يمكن أن يصيبه مس من الشيطان فيتخطه ، أو أن يصبح خاضعاً لروح شريرة ، أو أنه إذا لم يخط خطوات قصيرة وينظر وراءه فإن كارثة ما يمكن أن تحدث لأسرته .

ولا توجد رابطة منطقية بين هذه الأحداث ، ولكن كل هذا السلوك المتكرر للتضمن في النظر إلى الوراثة وخطوات قصيرة وراءه فكرة وسواسية تتحكمه وتسيطر عليه من أن شيئاً ما مرعباً يمكن أن يحدث . كما أن فعلاً عقلياً مثل العد يمكن أن يصبح قهراً أيضاً ، ومعظم المرضى لديهم كلا النوعين من الطقوس مثل حالة «سالم» (Barlow & Durand, 1995, p. 198) .

طقوس العد في أثناء الاغتسال والمراجعة :

تشيع طقوس العد Number rituals لدى كثير من لديهم أعراض الاغتسال

والمراجعة ، فإن سياق الاغتسال أو المراجعة يجب أن يتكرر - مثلاً - ٣ أو ٤ ، أو ٧ مرات أو مضاعفتها ، وأن العملية كلها قد تبدأ من جديد من البداية إذا ما قوطعت قبل اكتمالها .

وهناك حالة رجل شرطة أو مخبر سرى ناجح ، تبرهن على أن طقوس العد المكثفة يمكن ألا تكون معوقة فعلاً ، كما أنها غير مصممة لاستبعاد الأذى أو الضيق ، حيث يقول «سمير» : أقوم بعملية عد للحروف في الكلمات التي يتحدث بها الشخص معي في أي محادثة ، ويمكنني أن أقول لك - في الحال - العدد الإجمالي للحروف بدقة حتى ٣٥٠ حرفاً أو نحوها ، فعندما تقول : «صباح الخير يا سمير» ، فإنني أقوم فوراً بملاحظة عقلية مفادها أن هذه العبارة تتضمن ١٥ حرفاً . وعندما تسألني : هل يؤثر وسواس العد في محادثتك مع الآخرين ؟ فإنني أجيب : لا في الحقيقة ، ولكن قبل أن أجيب لاحظ أن سؤالك يشتمل على ٣٤ حرفاً . كما أشعر بأنه يتعين عليّ أن أعد الحروف في كل لافتة تحمل اسم الشارع ، وإذا كان هناك ثلاثة أعداد في منزل أو مخزن فإنه يجب عليّ أن أفسرها ، فإذا رأيت مثلاً ٢٧٥ على بناء أو منزل فإنني أقوم بضرب ٢٧٥ بسرعة شديدة وهي تساوي ٧٠ (Marks, 1987, p. 428f) .

ملخص

القهر سلوك حركي أو عقلي أو انفعالي يتخذ شكلاً قسرياً اضطرابياً يتكرر مثل غسل اليدين ، وترتيب الأشياء ، والمراجعة ، والعد ، واللمس ، وتكرار كلمات معينة بطريقة صامتة ، وأكثر الأفعال القهرية شيوعاً هما التنظيف والمراجعة ، مع ما يصاحبهما من طقوس العد . ويهدف القهر إلى منع القلق أو خفض الضيق والألم ، ولا يهدف إلى أن يجلب للفرد السرور ، ولأن يحقق له الإشباع .

ويشعر المضطرب في هذه الحالة بأنه مدفوع أو مقود إلى تنفيذ الفعل القهري حتى يخفض الضيق المصاحب للوسواس ، أو حتى يمنع حادثاً مروعاً . والقهر استجابة للأفكار الوسواسية ، مثال ذلك أن وسواس التلوث يخفضه المضطرب بممارسة طقوس

غسل اليدين عدداً محدداً من المرات . وأكثر أنواع القهر شيوعاً تتضمن الاغتسال والتنظيف ، والعد ، والمراجعة ، وتطلب التأكيدات ، وتكرار الأفعال ، والترتيب . ويحدث في الأفعال القهرية تكرار إجباري لفعل معين بشكل غطي ، ولذا تسمى الطقوس القهرية . وتقلل الأفعال القهرية من القلق ، ولكنها لا تحلب السرور .

وبعد عرض كل من الوسوس والقهر في الفصلين الثاني والثالث نعرض في الفصل الرابع لاجتماعهما معاً على شكل وسوس قهرية .

* * *

الفصل الرابع

الوساوس والقهر

تمهيد :

عرضنا في الفصلين السابقين لكل من الوساوس والأفعال القهرية منفصلين ، وكان ذلك لتسهيل العرض والدرس ، وبيان خصائص كل منهما على حدة ، ولكن الحق أنهما يجتمعان في اضطراب واحد ، وليس من السهل الفصل بينهما غالباً . ونعود في هذا الفصل لنعرض أهم الجوانب المشتركة بينهما ، تلك الجوانب التي لم يكن يصح أن نعالجها في فصل الوساس وحدها ، ومن غير المفضل أن نعرضها في فصل الأفعال القهرية منفصلة .

ونعرض في هذا الفصل للعلاقة بين الوساس والقهر ، وأنماط الاضطراب ، وعناصر الخبرة الوسواسية القهرية ، وأهم خواص الاضطراب ، والوساس والأفعال القهرية لدى الأسوياء ، وعلاقة الوساس القهري بالشخصية .

العلاقة بين الوساس والقهر

يستخدم مصطلحا الوساس والقهر بشكل تبادلي غير دقيق ، وهذا غير صحيح ؛ إذ يشيران إلى ظاهرتين متميزتين : فالوساس أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله ، كما أنها مداومة معاودة ، وتتسبب في حدوث القلق ، في حين أن الأفعال القهرية أفعال نمطية حسية جسمية أو عقلية ، يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوساس ، ولكنهما يوجدان معا عادة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 267) . وتميل الوساس والأفعال القهرية إلى أن توجد لدى الشخص الواحد ، وتحدث غالباً في الوقت نفسه أو بحيث تلي إحداهما الأخرى بشكل مباشر (Templer, Spencer, & Hartlage, 1993,p.74) .

وعلى الرغم من أن القهر يصاحب الوساس عادة فإن أي واحد منهما يمكن أن يوجد على حدة ، فقد يكون الشخص وسواسياً فقط ، يفكر مرات ومرات في

علاقة والده بأمه ، وقد يكون لدى شخص آخر حاجة قهرية (دون أن يصاحبها أي فكرة) لأن يظل يلمس شيئاً معيناً ، أو كأن تقوم الفتاة بترتيب ملابسها وإعادة ترتيبها بطريقة مفصلة ودقيقة ، أو تدق بقدمها الأرض في كل مرة تنطق فيها كلمة «أنا» (Haas, 1979, p. 71) .

ومن الممكن أن يحدث الوسواس في الحالات المرضية دون أن يصاحبه فعل قهري ، كالمرأة الصغيرة التي توجد لديها أفكار وصور مقتحمة لحفلة زفافها التي كانت تجمدها مضايقة أو مؤلمة ، ولكن دون أن تؤدي إلى قهر نشط أو فاعل . ولكن الأكثر شيوعاً أن تؤدي الوسواس إلى سلوك قهري مرتبط بها ، ويحدث ذلك عندما تؤدي الأفكار الوسواسية عن التلوث بالميكروبات أو القذارة إلى غسل شامل للأيدي والجسم في كل مرة يمر بها الفرد بخبرة الوسواس . وفي مثل هذه الحالات يشعر الفرد بحاجة قوية إلى الاختسار ، والعجز عن الاسترخاء حتى يقوم بهذه المهمة . ومن النادر جداً أن يوجد القهر دون وسواس ، ولكنه يمكن أن يحدث ، ومثال ذلك رجل لديه قهر يجبره على أن يتخيل كل مجموعة أرقام يراها ، متحولة أعدادها بطريقة معينة (كأن يضر بها في ٢ ، أو يجعلها مربعة) (de Silva, 1988, p. 198) .

ويبدو أن مصاحبة الأفعال القهرية للوسواس - جزئياً على الأقل - تخفض من القلق الناتج عن التفكير الوسواسي .

وقد يعتقد الفرد أن الفعل القهري سوف يساعد على منع حدوث حادث مفرع معين ، على الرغم من عدم وجود أساس واقعي للاعتقاد أو للسلوك الذي فاق كل ما هو معقول في ظل الظروف التي حدث فيها . إن بعض المرضى يغسل يديه ٤٠ مرة أو ٥٠ في كل مرة يلمس فيها مقبض باب عام ، وإن الفعل القهري الخاص بغسل اليدين يمكن أن يخفف من القلق الناتج عن الفكرة الوسواسية من أن الجراثيم أو القاذورات ما تزال باقية في مكانها عالقة بشئنا بالجلد . كما تخفض الطقوس القهرية أيضاً من القلق الذي يمكن أن يحدث إذا منع الشخص من القيام بها (Nevid, et al., 1997, p.209) .

وفي كثير من الحالات فإن الخط الفاصل بين الوسواس والقهر ليس حاداً دائماً ، وبعض أنواع التفكير الوسواسي - بدلاً من كونها معذبة ومثيرة للقلق - يبدو أنها

تقوم بوظيفة السلوك القهري ، كأن يقوم الشخص - بشكل قهري - بالعد صامتاً بينه وبين نفسه ، ويتخذ من ذلك وسيلة للتحكم في القلق والسيطرة عليه . وقد سمي ذلك بالقهر المعرفي Cognitive compulsion (Davison & Neale, 1996, p.151) .

لقد اتضح أن قرابة ٨٠٪ من المرضى لديهم وساوس وقهر ، وتعاني قلة منهم من الوسواس وحدها ، ومن النادر أن نجد الطقوس الخالصة دون أن تصاحبها أفكار وسواسية . والوسواس تسبق الطقوس عادة ، ولكن أحياناً تلي الأفكار الوسواسية القيام بالطقوس وبخاصة مع الشك الوسواسي (Emmelkamp, 1987) .

وأجرى «خانا» وزملاؤه (Khanna, et al., 1992) دراسة على الأبعاد المختلفة للوسواس والقهر ، فسجلوا (١٠٣) وساوس ، و(٦٠) قهراً لدى (٣٢) مريضاً شخصوا باضطراب الوسواس القهري . وقد شكلت الأفكار المقتحمة والتكرار بعداً مستقلاً نسبياً ، في حين أن المقاومة ، والضيق ، وعدم المعقولية ، والتدخل ، وسهولة طرد الأفكار يرتبط بعضها ببعض . كما لوحظ بعد إضافي لدى المرضى القهريين متعلق بالآثار المثيرة للقلق .

وقد ظهر أن معظم الأفراد الذين يحققون محكات اضطراب الوسواس القهري يكشفون في الحقيقة عن كل من مجموعتي الأعراض : الوسواس والقهر (Oltmanns & Emery, 1995, p. 208) . وبين جدول (١٢) العلاقة بين الوسواس والقهر على ضوء أمثلة تربط بينهما .

موجز لأنماط اضطراب الوسواس القهري

لاضطراب الوسواس القهري أنماط عدة أهمها سبعة كما يلي :

١ - الاغتسال والتنظيف : Washing and Cleaning

ينشغل الأفراد الذين يندمجون في الاغتسال والتنظيف بوساوس التلوث ، أي أن يتلوثوا هم أو يلوثوا الآخرين بمواد أو مواقف معينة ، وأمثلة المواد الملوثة الكيماويات (مثل

جتلول (١٢) : أمثلة للوساوس وما يرتبط بها من أفعال قهرية

القههر	الوساوس
ينظر إلى ساعته ، ويعض لسانه كل ستين ثانية حتى يكبح هذا الميل إلى الصباح .	طالب جامعة يشعر بدفعة تحته على الصباح بالفاظ بنيتة بينما هو جالس في المحاضرات في الفصل الدراسي .
في كل يوم قبل مغادرتها المنزل إلى العمل تشعر بدفعة غير مريحة لمراجعة الموعد عشر مرات بالضبط .	امراة لا تستطيع أن تخرج من عقلها أنها قد تكون تركت موقد الطهي مفتوحاً ، مسببة انفجار بيتها .
يصر وهو في طريقة إلى سريره كل ليلة على ضرورة أن يتساقط الدرج تبعاً لسياق ثابت : ثلاث درجات إلى أعلى ، يتبعها درجتان إلى أسفل ليحمي أمه ضد هذا الخطر .	طفل في التاسعة من عمره يشعر بانزعاج لا يتوقف مفاده أن شيئاً مرعباً يمكن أن يحدث لأمه بينما الأسرة نائمة .
تشعر بأنها يجب أن تسير بأبعد ما يمكن عن الشارع المرصوف ، وتلبس دائماً ملابس حمراء عندما تكون في المدينة حتى تكون مرئية بطريقة واضحة للسائقين غير المنضبطين .	امراة صغيرة تصاب بالرهب باستمرار من صورة متخيلة مفادها أن السيارات يمكن أن تميل إلى الرصيف وتصدمها .
تقوم كل يوم بتعقيم كل أواني الطهي وأدواته بماء مغلي ، وتطهر كل قدر ومقلاة قبل وضع الطعام فيها ، وتلبس قفازات من المطاط عندما تمسك بالطعام .	امراة تعذبها فكرة أنها يمكن - نتيجة الإهمال - أن تلوث الطعام وهي تقوم بطهيه لأسرتها كل ليلة .

عن : (Halgin & Whitbourne, 1993,p. 184) .

مبيدات الحشرات) ، والجراثيم (كفيروس الإيدز) ، وسوائل الجسم (كالبول والدم) ، والإشعاع (مثل المايكروويف) . وتتضمن المواقف الملوثة المدن (كتلك التي يعيش فيها الشخص) ، والناس (كالأسرة) ، والأماكن العامة (كالمستشفيات) . وأحياناً يقصد بالاعتسال والتنظيف منع مصيبة أو كارثة (كالمرض أو الموت) ، ولكن الأمر ليس كذلك دائماً ، ويقوم بعض الأشخاص بالاعتسال والتنظيف لحفض الضيق المرتبط بإحساسهم بالتلوث ، ولكنهم لا يعتقدون أن الأذى سوف يصيبهم من جراء التلوث . ويحاول الأشخاص الذين يشغلون بالتلوث جاهدين أن يتجنبوا مصادر التلوث ، ولكنهم يخفون عادة عاجلاً أو آجلاً ، ويعودون إلى الاعتسال أو التنظيف (انظر شكل ٥) .



شكل (٥) : طقوس الاعتسال التي تسم الوسواسيين القهريين تذهب بعيداً عن متطلبات الصحة العادية ، فهل يحتاج الإنسان الطبيعي إلى أن يغسل يديه مثلاً مائة وخمسين مرة في اليوم الواحد؟

مظاهر الاغتسال والتنظيف :

- أ - تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها .
- ب - صعوبة التقاط شيء سقط على الأرض .
- ج - تنظيف المنزل بشكل زائد على الحد .
- د - أخذ حمام مدة طويلة جداً .
- هـ - الانشغال الزائد بالجراثيم والمرض .

٢- المراجعة : Checking

يحاول الأشخاص الذين يقومون بطقوس المراجعة أن يمنعوا حدوث أمور سيئة عن طريق المراجعة الزائدة والمتكررة للمواقف التي يمكن أن تكون ضارة أو مؤذية . إن مرضى الوسواس القهري مشغولون بمسؤوليتهم عن الحريق ، والفيضان ، وحوادث السيارات ، والأخطاء من كل نوع ، والسطو ليلاً على المنازل ، والمرض . إن الشخص الذي يخاف من أن يحترق منزله يقوم بالتأكد من عزل الأجهزة الكهربائية عن مصدر الكهرباء قبل أن يغادر منزله أو يذهب إلى سريره . ويشعر الفرد عادة بدفعة إلى المراجعة عندما يكون هناك شك بالنسبة لأمن الموقف ، ومع ذلك فإن المراجعة لاتهدئ الشك ولا تنهيه ، فيلي ذلك مزيد من المراجعة .

٣- التكرار : Repeating

يقوم بعض الأفراد - بشكل عمدي - بتكرار الأفعال لاستبعاد فكرة مخيفة خطرت على عقولهم ، مثال ذلك شخص يمشی عبر مدخل فتحيل صورة عقلية مضمونها شخص حبيب حدثت له حادثة ، فسوف يروح جيئة وذهاباً عبر الممر حتى تختفي هذه الصورة العقلية . ويكون الهدف من وراء هذا التكرار أحياناً ليس استبعاد الصورة العقلية فقط بل منع حادث من الحدوث أيضاً . وبعض الأشخاص يكررون الأفعال حتى يشعروا بأنها أصبحت مضبوطة بالنسبة لهم ، وفي هذه الحالات لا يوجد تفكير في منع القرار أو الأذى ، وأن هدف القيام بالتكرار هو التقليل من الضيق الناتج عن القيام

بفعل شيء ما خطأ .

مظاهر المراجعة والتكرار :

أ - المراجعة بشكل مكرر للتأكد من أن شيئاً ما قد أنجز بشكل صحيح ، أو أن حالته مقبولة .

ب - صعوبة الانتهاء من إنجاز الأعمال بسبب التكرار الشديد .

ج - تكرار الأفعال حتى تمتنع حدوث أمر سيء .

د - الانشغال الشديد خوفاً من فعل أخطاء .

هـ - الانشغال الشديد خوفاً من أن شخصاً ما سيصاب بالأذى بسبب المريض نفسه .

و - أفكار معينة تمر بالخطر وتجعل المريض يقوم بفعل الأشياء مراراً وتكراراً مرات كثيرة .

٤ - الترتيب : Ordering

من الأهمية بمكان - بالنسبة لمرضى الوسواس القهري الذين يعانون من هذا العرض المرضى - أن تكون الأشياء من حولهم منظمة مرتبة بطريقة معينة ، ويعني ذلك أحياناً ترتيب الأجزاء بشكل متناسق أو اعتماداً على نمط معين أو مكان خاص . وهدف الترتيب - مثله في ذلك مثل التكرار - قد يكون منع كارثة من الوقوع ، وقد يهدف الترتيب أحياناً إلى أن يشعر الفرد بأن كل شيء على ما يرام . مثال ذلك أن الأثاث إذا لم يكن في صف واحد بالزوايا «الصحيحة» مع تساوى المسافات بين الكنبات فإن الشخص يصبح متضايقاً بشدة ، ولا يسمح الأفراد المرضى في هذا النمط لأفراد الأسرة بأن يخلوا بالترتيب المعين للأثاث .

مظاهر الترتيب :

أ - يجب أن توضع أشياء معينة في ترتيب خاص .

ب - قضاء وقت طويل للتأكد من أن الأشياء في مكانها الصحيح .

ج - ملاحظة فورية للأشياء التي لا تكون في مكانها .

د - من المهم أن يكون السرير «مرتباً» خلواً من أي خطأ .

- هـ - الحاجة إلى تنظيم أشياء معينة بطريقة خاصة .
و - يصبح الفرد شديد الاضطراب عندما ترتب الأشياء عن طريق الآخرين .

٥ - الحزن أو التخزين : Hoarding .

يقوم الأشخاص الذين يتصفون بسلوك التخزين بجمع الأشياء التي يبدو للآخرين أنها عديمة القيمة . ويختلف التخزين القهري عن جمع الطوابع والعملة والأشياء الأثرية النادرة التي لها قيمة حقيقية أو تعد جزءاً من هواية تجلب السرور . وعادة يشعر الفرد المصاب بهذا النمط من اضطراب الوسواس القهري بأنه مجبر على جمع الأشياء نتيجة لاحتمال بعيد من أنها قد يكون لها بعض النفع والفائدة في المستقبل . ومعظم الناس يحتفظون ببعض الأشياء التي لا يحتاجونها في الحقيقة ، ولكنهم سوف يقدفون بها إذا بدأت تقف في طريقهم أو تسده . أما الأشخاص المنفذون لسلوك التخزين فيجمعون كميات كبيرة من السلع المستعملة أو البالية أو التافهة التي يرون أنها مهمة ، ويجدون أن التخلص منها أمر مزعج جداً .

مظاهر التخزين :

- أ - صعوبة اتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء .
- ب - جلب مواد يبدو أنها عديمة النفع إلى المنزل .
- ج - يصبح المنزل مملوئاً بأكوام أو مجموعات من الأشياء .
- د - يكره الشخص أن يلمس الآخرون ممتلكاته .
- هـ - يجد الشخص نفسه عاجزاً عن التخلص من الأشياء .
- و - يعتقد الآخرون بأن المجموعات التي يحتفظ بها الشخص ومقتنياته عديمة النفع .

٦ - طقوس التفكير Thinking Rituals

يستخدم الأشخاص المتدمجون في طقوس التفكير أفكاراً خاصة تسمى قهر التفكير أو الأفعال القهرية المتصلة بالتفكير ، وذلك لتعطيل الأفكار الوسواسية والدفعات والصور العقلية التي تضايقهم أو استبعادها . وتشبه الأفكار القهرية الأفعال القهرية شبيهاً كبيراً ،

ولكن الشخص ينفذها في عقله أكثر من تنفيذها في الخارج . ونتيجة لذلك فإن طقوس التفكير تهمل أحياناً أو يعتقد بشكل خاطئ أنها وسواس .

ومن طقوس التفكير الشائعة : العدّ الصامت ، والتفكير المتكرر في كلمات معينة أو عبارات أو أعداد أو صلووات خاصة . مثال ذلك أن الشخص الذي يعاني من مخاوف وسواسية من بائعي المخدرات في الطريق يستبدل بأي تفكير في عقار الهلوسة إل . إس . دي . (LSD) التفكير في الحروف : آر . سي . أ . (RCA) بشكل متكرر .

وأحياناً تتخذ الوسواس شكل حوار داخلي يسير قدما ، بحيث إن أحد الجوانب تنطق بأفكار مضايقة ، في حين يعبر الجانب الآخر عن أفكار مطمئنة .

مظاهر طقوس التفكير :

- أ - تكرار كلمات أو أعداد معينة في عقل الشخص .
- ب - مراجعة الفرد أشياء معينة بنفسه ليشعر بالأمان .
- ج - قضاء وقت طويل في الصلاة بطريقة معينة لاتعد ممارسة دينية اعتيادية .
- د - إجبار الأفكار السيئة للفرد عن التفكير في الأفكار الجيدة .
- هـ - تكوين قوائم عقلية لمنع عواقب غير سارة .
- و - البقاء هادئاً في بعض الأوقات بالتفكير في الأشياء «الصائبة» .

٧- الوسواس البهتة Pure obsessions

يقضى بعض الأفراد فترات طويلة من الزمن بمعنون التفكير في الأفكار المضايقة التي تقتحم عقولهم ، ولكنهم لا يستجيبون لهذه الأفكار بأفكار أو أفعال طقوسية ، مثال ذلك أن يفكر شخص في أغنية أو لحن إلى الدرجة التي تصبح فيها مزعجة ، وبدلاً من ذلك فقد يعن شخص التفكير في أنواع معينة من الأشياء (مثل أزرار القميص) أو كلمات معينة ، ويجد أن اقترحام هذه الفكرة لعقله وتطفلها عليه مضايقة جداً ، وتتدخل في تركيز انتباهه الاعتيادي .

مظاهر الوسواس البحتة :

أ - تأتي الأفكار المزعجة إلى ذهن الفرد ضد إرادته .

ب - ضعف السيطرة على الأفكار المزعجة .

اجتماع أكثر من نمط وسواسي قهري :

من الأهمية بمكان أن نتذكر أن المصابين باضطراب الوسواس القهري لديهم - بشكل نمطي - أكثر من نوع من الوسواس والقهر (Foa & Kozak, 1997, pp.4-6,21f) .

عناصر الخبرة الوسواسية القهرية

حتى نفهم العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية يجب أن ننظر إلى كل العناصر التي يمكن أن توجد في خبرة الوسواس القهري ، ويعرضها «دي سيلفا ، وريكيان» (de Silva & Rachman, 1998, pp. 15-19) . كما يلي :

١ - المثير :

يقصد بالمثير Trigger ما يطلق الفعل ويقدح زناده ، والمثير في الوسواس القهري حادث أو مؤشر يفجر الوسواس ويظهره ، وقد يكون المثير هنا شعوراً أو ضيقاً أو دفعة قهرية ، وقد يكون المثير خارجياً في البيئة أو داخلياً . مثال ذلك سيدة صغيرة لديها وسواس : «هل طعنت شخصاً ما ؟» أو : «هل سأطعن أطفالي ؟» وذلك في كل مرة ترى فيها سكيناً أو شيئاً حاداً ، فالسكين هنا هي المثير الخارجي الذي يحث وسواسها ويستفزها . وأما المثيرات الداخلية فهي أحداث عقلية تؤدي إلى النتيجة ذاتها ، فقد شكك رجل صغير السن من أنه في كل مرة يتذكر فيها والده المتوفى ، تمر بخيرته الوسواس المتصلة بالموت ، فإن ذكرى الأب هي المثير الداخلي للتفكير الوسواسي ، ولكن المثيرات لا توجد في كل الخبرات الوسواسية القهرية بشكل كامل .

٢ - الشعور بالضيق :

يؤدي حدوث الوسواس عادة إلى شعور بالضيق Discomfort وعدم الراحة ،

ولكن الأهل شيوعاً أن الشعور بالضيق يحدث كذلك ببساطة نتيجة التعرض للمثير أو من جراء الدفعة القهرية . وقد وصف كثير من الناس هذا الشعور بأفضل وصف على أنه «القلق» ، ولكن بعض المرضى قرروا أن ما يشعرون به ليس هو القلق بل «عدم الراحة» بوجه عام ، والتوتر ، أو حتى إحساس بالذنب . ومن ثم فإن «الضيق» أو «عدم الراحة» مصطلح جيد يستوعب كل هذه الانفعالات .

٣ - الدفعة القهرية :

هناك دفعة Urge أو اندفاع Impulse وحافز يجعل الفرد يشعر بضرورة القيام بسلوك معين ، بطريقة محددة غالباً ، ولكن ليست كل خبرة وسواسية قهرية تتضمن هذا العنصر .

٤ - السلوك القهري :

هذا هو السلوك - المضمر أو الصريح - الذي يتج عن الدفعة القهرية ، وعندما يستخدم مصطلح «القهر» Compulsion فإنه يشير عادة إلى الدفعة القهرية والسلوك القهري معاً .

٥ - خفض الضيق :

عندما يتم تنفيذ السلوك القهري بالطريقة المطلوبة فإن المريض يشعر عادة بالراحة ، إن الضيق الذي سببه الوسواس (وكذلك المثير والدفعة القهرية) ينتهي أو يتناقص . ولكن هناك حالات (ولو أنها قليلة العدد) لا يؤدي فيها القيام بالسلوك القهري إلى خفض الضيق Discomfort reduction . والحقيقة أنه في عدد قليل من الحالات يتزايد الضيق . وفضلاً عن ذلك فإن الفرد قد يشعر بالإحباط والارتباك وضعف المعنويات حتى عندما يخفف السلوك القهري من القلق أو الضيق .

٦ - الخوف من وقوع كارثة :

من الجوانب الشائعة في هذا الاضطراب أن المريض يشعر أن كارثة disaster معينة

سوف تحدث ما لم يتفادها ، ويدفع أذاها بانشغاله بسلوكه القهري ، ومثال ذلك رجل متقدم في العمر كان لديه خوف قوي جداً من أنه ما لم يراجع صنادير الغاز في منزله عدداً معيناً من المرات فإن المنزل يمكن أن يتفجر وتأكله النار . إن العلاقة بين كارثة معينة يخاف المريض من وقوعها والسلوك القهري هي - بطبيعة الحال - غير منطقية دائماً . ومثال ذلك أن رجلاً صغير السن كان يشعر بأن طقوس غسله ليديه تمنع حوادث خطيرة من أن تقع لأعضاء أسرته . وبالطريقة ذاتها فإن المرضى المصابين بمخاوف وسواسية تزعمهم ، كالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، قد يقومون بعملية غسل مفرط لأيديهم على الرغم من معرفتهم بأن غسل اليدين لا علاقة له بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، وأن الاغتسال غير فاعل بوصفه احتياطاً ضدّ هذا المرض .

٧ - المسؤولية المتضخمة :

يمر كثير من المرضى بخبرة الشعور بالمسؤولية المتضخمة Inflated responsibility حتى بالنسبة لحوادث ليس لهم سيطرة عليها ولا تحكم فيها ، ويشيع ذلك بوجه خاص لدى المرضى الذين تتركز مشكلاتهم الرئيسة حول المراجعة Checking المفرطة . وتولد هذه المسؤولية المتضخمة عادة شعوراً بالذنب العميق .

٨ - البحث عن إعادة التوكيد أو الطمأنينة :

يلجأ كثير من مرضى الوسواس القهري إلى البحث عن إعادة التوكيد أو الطمأنينة Reassurance seeking ، ويكون ذلك مطلوباً عادة من أفراد أسرهم . إن الأفكار الوسواسية كثيراً ما تؤدي بالمريض إلى أن يبحث عن التوكيد أو الطمأنينة ، مثال ذلك الأسئلة التالية : «هل أنا في طريقي إلى الجنون ؟ ، هل نفذت الأمر بطريقة صحيحة ؟ هل أحتاج إلى مراجعة الصنادير مرة ثانية ؟ » . وعندما يتلقى المريض التوكيد أو الطمأنينة فإنه يشعر ببعض الراحة من الضيق . ويتم البحث عن إعادة التوكيد والطمأنينة عادة بشكل متكرر ، وهذا أمر يدعو إلى سخط الأصدقاء والأسرة وغضبهم . وتؤدي الطمأنينة والتوكيد - في أفضل حالاتها - إلى راحة مؤقتة أو وقتية .

٩ - التجنب :

من الممكن أن يكون التجنب Avoidance ملمحاً أساسياً في الصورة الإكلينيكية على الرغم من أنه ليس جزءاً من خبرة الوسواس القهري ذاته . ويلحق السلوك التجنبي عادة الموضوعات أو المواقف التي يمكن أن تثير الوسواس أو الفعل القهري ، مثال ذلك أن من يعانون من وسواس القذارة والجراثيم ، ويرتبط لديهم ذلك بطقوس الاغتسال والتنظيف ، يكافحون عادة لتجنب ما يعتقدون أنه قذر أو ملوث ، وأن أولئك الذين يعانون من طقوس المراجعة قد يتجنبون المواقف التي تتطلب المراجعة ، وبعض المرضى الذين يعانون من مخاوف شديدة ومتشعبة من التلوث يحصرون أنفسهم في غرف نومهم ، ويرون أنهم يجب أن يتجنبوا بقية العالم .

مثال ذلك أن المرأة التي كانت تعاني من أفكار وسواسية من أنها قد تطعن أطفالها ذهبت إلى مدى بعيد في تجنب الاتصال بالسكاكين والمقصات وغيرها من الأشياء الحادة ، والرجل صغير السن الذي كان يخاف من أنه يمكن أن يصاب بمرض نقص المناعة المكتسب تجنب - بشكل كلي - مناطق معينة في مدينته . انظر إلى هذا المثال الذي يشير إلى تجنب كل من الأشياء والسلوكيات :

حالة : خوف مريض من المرض :

«دينا» امرأة متزوجة ، في أواخر العشرينات من عمرها ، كانت لديها فكرة وسواسية أنها مريضة بالسرطان ، وبعد سنين عدة من مراجعة أعراض السرطان ، بدأت تتجنب أي موقف تخاف فيه أن تكتشف أن لديها علامات هذا المرض . ولذلك فلم تكن «دينا» قادرة على أن ترتب سريرها في الصباح ، أو أن تنظر إلى ملابسها الداخلية المستعملة ، لخوفها أن تكتشف آثار دم ، والتي يمكن - بالنسبة لها - أن تكون علامة من علامات المرض المرعب . وقد توقفت «دينا» عن مجرد أن تنظر إلى نفسها في المرأة أو إلى جسمها ذاته ، وبدأت تلبس «بلوزات وبلوفرات» لها كم طويل حتى لا تتمكن من رؤية ذراعيها ، وتلبس «بطلونات» حتى لا تستطيع أن ترى ساقها . وبدأت

«دينا» تتوقف عن غسل جسمها جيداً ؛ حيث كانت تخاف من أنها يمكن أن تكتشف أوراًماً أو أجساماً تشبه ذلك في جسمها .

١٠ - التعطيل :

عندما يندمج مريض الوسواس القهري في أفعاله القهرية فإنه يحتاج إلى أن يقوم بتنفيذها بدقة كما يشعر بأنها يجب أن تنجز ، وإذا قوطع السلوك أو حدث تعطيل Disruption له فإن الطقوس القهرية - بالنسبة لكثير من المرضى - تصبح باطلة ، ونحتاج إلى أن تبدأ من جديد ، ومن الممكن أن يستهلك ذلك زمناً طويلاً وجهداً كبيراً بالنسبة للطقوس الطويلة والمعقدة . وتتوزع الأحداث التي تعطل السلوك القهري ابتداءً من الضوضاء وغيرها من المثيرات الخارجية المسببة للاضطراب حتى فئات خاصة من الخبرات والأفكار .

أهم خصائص الوسواس القهري

بعد أن عرضنا لأشكال الوسواس والقهر ومحتواها تبعاً لعدد من الدراسات يمكن أن يتضح للقارئ أن للوسواس والقهر خصائصاً مشتركة من بينها : الشك ، والتردد وعدم الحسم ، والاجترار ، والبطء ، والنزعة إلى الكمال ، ووجود أكثر من مشكلة ، فضلاً عن المقاومة . ونعرض لهذه الخصائص بشيء من التفصيل فيما يلي :

١ - الشك :

من أبرز خصائص الوسواس ما يسميه الفرنسيون «جنون الشك» Folie du doute ، والذي يتسم بالشك الدائم والريبة العنيدة والتذبذب الشديد والتردد بين الأمور والعجز عن الحسم أو اتخاذ القرار ، ويصاحب مثل هذا الشك عادة اجترار قهري للأفكار ، مما يؤدي إلى الأفعال التكرارية التي تهدف إلى طرد الشكوك غير المعقولة . ونتيجة لهذه الشكوك وتأثيراتها فإن المريض يتعين عليه أن يراجع ، وينبغي له أن يعيد المراجعة كذلك ، ويحدث ذلك في مجرد الأفعال البسيطة .

مثال ذلك أن المريض يغلق الباب الأمامي في الليل ، ولكنه بمجرد أن يصل إلى سريره يكون في شك بالنسبة لأمان الباب ، فيجب أن يعود عندئذ ويجرب القفل ، وحتى بعد ذلك فقد يساوره الشك ويعاوده الرب بعد أن يستلقي مرة ثانية على سريره ، ويتطلب الأمر «زيارات» أخرى للتحقق من أن الباب قد تم إغلاقه . ولكن الشكوك الوسواسية والحيرة والتردد ليست نادرة الحدوث في حالة الصراع بين الرغبة والرغبة المضادة (Kolb, 1970,p.484) .

٢ - التردد وعدم الحسم :

عدم الحسم Indecisiveness خصلة لكثير من مرضى الوسواس القهري ، وينطبق ذلك بوجه خاص على القائمين بطقوس المراجعة Checkers الذين تظهر وساوسهم غالباً على شكل شكوك ، والأمر نفسه بالنسبة لمرضى الخزن أو التخزين Hoarders ولكثير من لديهم أنواع أخرى من الطقوس ، ومع ذلك فإن عدم الحسم لا ينطبق كثيراً على القائمين بالاغتسال Washers والتنظيف Cleaners . إن ضرورة قيام مرضى الوسواس القهري باتخاذ قرار ما يشير غالباً وساوس الشك وما يرتبط بذلك من المراجعة والسلوك القهري . وفي الحالات الشديدة فإن صعوبة اتخاذ القرارات بكفاءة تؤدي بالمريض إلى المعجز ، وهي صعوبة لا تنسحب على القرارات الأساسية فقط بل على الأمور التافهة في الحياة اليومية ، مثال ذلك أن فتاة صغيرة السن مريضة وجدت أن ارتدائها لملابسها في الصباح أمر مستحيل لأنها لم تكن تستطيع أن تقرر أي الملابس تلبسها ، فكانت ترتدى فساتين كثيرة ثم تخلعها . وفي النهاية كان على أمها أن تقرر كل ليلة ما الذي يجب أن تلبسه هذه المريضة في اليوم التالي ، ثم تغلق خزانة الملابس على كل ملابسها منذ الليل ماعدا ما اختارته (de Silva & Rachman, 1998, p.49) .

وقد يتجسد التردد في تأمل الوسواسي - بشكل مستمر - في سؤال فرضى أو فعل من أفعال الحياة اليومية ، كأن يزعم الشخص مثل هذا السؤال : هل الإنسان مخير أو مُجبّر ؟ في حين وجد مريض آخر أنه في حاجة إلى أن يقوم تقريباً بكل مهمة بسيطة من

مهام الحياة اليومية مرات ومرات ، لأنه لا يستطيع أن يقرر إذا ما كان قد أغلق صنبور الماء ،
وقع الصنك (الشيك) ، بدل جواربه . . . وهكذا (Haas, 1979, p. 71) .

٣ - الاجترار Rumination :

يقصد بالاجترار استمرار مضمون عقلي معين ليس له هدف تكييفي ، والعجز
عن تحويل انتباه الفرد عن سيطرة الأفكار المزعجة ، مع الانشغال الوسواسي
بهذه الأفكار أو الخطط ، ولا يقع الاجترار في المدى السوي للعقل ، ويشيع في
كل من الحالات الوسواسية وتوهم المرض وتغيرات الشخصية التالية لإصابة
المخ (Campbell, 1996,p.637). كما يشيع الاجترار لدى مرضى الاكتئاب ، ولكن
الاجترار الاكتئابي أفكار تشاؤمية عن الذات والعالم ، ولا يحاول المكتئب تجاهلها أو
قمعها على العكس من الاجترار الوسواسي (Kozac & Foa, 1997,p.15) . والاجترار
كذلك سلسلة من الأفكار ذات خاصية عقيمة ومستديمة عادة ، تدور حول موضوع معين
تدري يكون فلسفياً أو دينياً ، وقد يصعب جداً الإجابة عنه مثل : هل التاريخ صحيح أو
مزيف ؟ ما أصل العالم ؟ وكيف الحياة بعد الموت ؟

وهناك مثال لرجل صغير لديه اجترارات معقدة ومستهلكة للوقت وتدور حول
السؤال الآتي : هل لدي نقص من الناحية الوراثية ؟ وكان يجتر هذا السؤال فترات
طويلة ، ويفحص مختلف الاعتبارات والمحددات والقضايا ، متأملاً ما يبدو على أنه دليل
من الناحية السطحية . ولا يؤدي الاجترار إلى نتيجة مقبولة ومُرضية ، كما لا توجد
فيه مجموعة من الخطوات المتتابعة ذات النهاية القاطعة ، ومن ثم فإنها مختلفة عن
الطقوس المعرفية .

إن تصنيف الاجترار على أنه إما وسواس وإما قهري يُعد عملية صعبة ،
والمسألة الحاسمة هنا إذا ما كان الاجترار يحدث على أنه خبرة تقتحم حياة الفرد ،
وفي أي حالة يمكن أن تندرج في فئة الوسواس ، أو هل هناك اندفاع
قهرية للتفكير في موضوع معين ، وفي أي حالة يمكن أن تكون وسواساً ؟

ويبدو - من الناحية الإكلينيكية - أن معظم الاجترارات سلوك قهري عقلي يسبقه عادة وسواس . ولنوضح ذلك بالمثال الآتي : الفكرة التي تقتحم تفكير الفرد : هل أنا مجنون ؟ أو : هل أنا في طريقي إلى الجحيم ؟ يمكن أن تؤدي هذه الفكرة إلى دفعة قهرية للتفكير في الموضوع ، وبعد التفكير المشوش الذي يلي ذلك اجتراراً (de Silva, 1988; de Silva & Rachman, 1998, p. 21f, p. 44f) .

٤ - البطء :

هناك فئة في اضطراب الوسواس القهري توصف «بالبطء الوسواسي الأولي» Primary slowness ، ولقد تمكن «ريمان» من تحديد مجموعة صغيرة من مرضى الوسواس القهري الذين يتسم سلوكهم بالبطء الشديد ، بحيث لا يعد هذا البطء ثانوياً أي : مترتباً على الطقوس أو الاجترارات الأخرى . ويبدو أن أنواع السلوك التي تأثرت كثيراً بهذا البطء هي تلك التي ترتبط بالعناية بالنفس كالإغتسال والحلاقة والاستحمام واللبس . ويستغرق المريض زمناً طويلاً للقيام بهذه النشاطات ، وكثيراً ما يظل زمناً في كل مرحلة ، ويتحرك بخطوات صغيرة بطيئة . وتشير البيانات المتاحة إلى أن هذا البطء يمكن النظر إليه بشكل أفضل على أنه نتيجة لدفعة قهرية للانفعال بأنواع السلوك المعنية بطرق معينة وخاصة ، مع التأكد من أن كل خطوة قد تم إنجازها بطريقة سليمة (de Silva, 1988) .

ولقد شكك كثير من المرضى في دراسة «ريمان» ، وهدجسون» من البطء الوسواسي ، إن ارتداء الملابس والوقاية الصحية الشخصية وطي الملابس . . . وغيرها يمكن أن تستهلك كثيراً جداً من أوقات المرضى إلى الدرجة التي يعجزون فيها عن الوفاء بواجباتهم الأخرى (Davison & Neale, 1996, p. 151) ؛ ولذلك اقترح هذان المؤلفان هذه الفئة الإضافية ، وهي البطء الوسواسي ، واتضح أن مثل هؤلاء المرضى لا يبدو أن لديهم وسواس محددة يتلوها القيام بطقوس معينة معدة لتخفيف القلق . وبدلاً من ذلك فإنهم يقومون بنشاطاتهم اليومية ، وبخاصة ما يتصل منها بالحمام ، برعاية واهتمام

كبيرين ، ولساعات طويلة تستغرق مجهوداً (McCarthy & Foa, 1990) .

وتؤدي الوسواس المتكررة والطقوس والحاجة إلى النظام إلى إعطاء مضطربي الوسواس القهري ، وجعلهم يستغرقون زمناً طويلاً في تكملة نشاطاتهم اليومية مثل لبس الملابس وخلعها ، وأحياناً يكون البطء أكثر المشكلات بروزاً .

ويكشف الفحص الدقيق عادة أنه حتى عندما لا توجد طقوس مرئية تفسر هذا البطء ، فإن هناك مع ذلك مراجعات عقلية أو وسواس تقوم بذلك ، أو أن هناك حاجة إلى اتباع ترتيب دقيق مسبق دون تكرار ؛ ومثل هذه الحالات يمكن أن تستغرق ساعات للقيام بأشياء يمكن لمعظمنا أن يقوم بها في دقيقة أو اثنتين . وعلى الرغم من أنهم قد يدهشون عندما يذكرون عدد الساعات التي استغرقوها ليرتدوا ملابسهم أو ليعبروا الطريق فإن تقديرهم للزمن الموضوعي يعد سويًا . على أن البطء القهري لا يؤثر في السلوك التلقائي كقيادة السيارة ولعب الألعاب السريعة التي يستجيب فيها الفرد بشكل مستمر للمؤشرات الجارية ، فالمرضى الذين يستغرقون ساعات للانتهاء من ارتداء ملابسهم أو خلعها قادرون مع ذلك أن يلعبوا مباراة راقعة في تنس الريشة أو الاسكواش أو تنس الطاولة ، ذلك أنهم يقومون - بشكل سريع - بتنفيذ أوامر للوقوف أو الجلوس أو عبور الغرفة (Marks, 1987,p.429f) .

• - النزعة إلى الكمال :

يوجد لدى مجموعة من مرضى الوسواس القهري نزعة إلى الكمال أو الكمالية Perfectionism ، ويكافحون للوصول إليه ، ويعد واحداً من مشكلاتهم ، فيشعرون بالنعاسة الشديدة ما لم يؤد شيء ما بطريقة «كاملة» ، ونتيجة لذلك فإنهم يجدون أنفسهم غالباً يكررون الأشياء دون توقف (مثال ذلك كتابة خطاب) ، ولا ينجحون كثيراً في الانتهاء من مهمة ما نهائياً . فقد جاءت مريضة طالبة للدكتوراه لطلب المساعدة ، لأنها لم تحرز أي تقدم في رسالتها للدكتوراه ، فكل جملة كانت «غير كاملة» ، وأنها لا تستطيع أن تواصل العمل ما لم تكتب جملة «كاملة» أي مثالية ، وفقرة كاملة

مشالية . . . وهكذا . ولقد ظلت تكتب هذه الرسالة لسنتين طويلة ، ومع ذلك كان الإنتاج غير ملموس . وقد تعاطف معها المشرفون على رسالتها ، ولكن هذه الصعوبة لديها قد أعاقتهم عن مساعدتها .

٦ - وجود أكثر من مشكلة :

من الملاحظ أن مرضى الوسواس القهري لدى كل منهم أكثر من مشكلة ، فغالباً ما يجتمع لديهم الاغتسال والمراجعة ، وكذلك بقية الطقوس والوسواس ، وعندما يوصف المريض بأن مشكلته «الاغتسال» أو «المراجعة» . . . أو غيرها ، فإن ذلك يعنى أن هذه أو غيرها هى المشكلة الغالبة والأساسية لديه في هذا الوقت ، وفضلاً عن ذلك فإن المريض الذي يعاني من مشكلة أساسية في الوقت الذي حول فيه إلى المستشفى قد تكون لديه مشكلة أو مشكلات أساسية مختلفة في الماضي ، وحتى داخل المشكلة الواحدة ذاتها فإن التفاصيل يمكن أن تتغير بتغير الزمن (de Silva & Rachman, 1998, p. 48f) .

٧ - مفهوم المقاومة :

لمفهوم المقاومة Resistance مكان مهم في نظرية التحليل النفسي (انظر : Campbell, 1996, p.626f) . وقد ورد في مجال الوسواس القهري أن كلاً من الوسواس والقهر قد يقاومهما المريض ، ولقد ذكر «سير أوبرى لويس» Lewis في مقال منشور منذ مدة طويلة (عام ١٩٣٦) ويقتبسه كثيرون أن الحصلة الأساسية والملح المركزي لاضطراب الوسواس القهري في الحقيقة هو المقاومة القوية التي يبديها المريض . وقد كشفت الدراسات الأحدث أنه على الرغم من أن المقاومة شائعة جداً فلم يجدها الباحثون ثابتة لا تتغير ، فمن الممكن أن يقاوم المريض - بقوة - وسواسه ودفعاته القهرية في المراحل المبكرة ، ولكنه يظهر مقاومة أقل بكثير بعد تكرار الإخفاق عبر فترة زمنية معينة . وهناك عدد من مرضى الوسواس القهري المزمن لديهم مقاومة منخفضة جداً للأعراض (de Silva, 1988) . وقد اتضح من دراسة «ستيرن ، وكب» أن شعور المقاومة الذاتية

لدى هؤلاء المرضى ليس عاماً ، فظهر أن ٣٢٪ فقط من ٤٥ مريضاً قرروا درجة مرتفعة من المقاومة لدى قيامهم بطقوسهم (Foa & Steketee, 1979) .

وساوس الأسوياء

كثير من الناس يمرون بخبرة الأفكار التي تقتحم عقولهم وقد تكون مرعبة ، وكثير من الناس أيضاً ينشغلون في بعض الأحيان بسلوك له طقوس محددة ، ويزداد تكرار كل من الأفكار المقتحمة البغيضة والسلوك القهري الذي يتم في طقوس معينة عندما نكون وسط موقف ضاغط معين . ولكن قليلاً جداً من هؤلاء الناس هم الذين سيواصلون تطوير اضطراب الوسواس القهري .

وكما في اضطراب الهلع واضطراب الضغوط التالية للصدمة ، فإن خبرة الأفكار المقتحمة - ببساطة - ليست كافية لحدوث الاضطراب ، ولكن يجب أن يطور القلق المركز حول إمكانية حيازة مزيد من الأفكار المقتحمة .

إن احتمال حدوث الأفكار المقتحمة المتكررة وغير المقبولة يمكن أن ينظمه دائرة المخ المفترضة لحدوث اضطراب الوسواس القهري ، ومع ذلك فإن الميل إلى تطوير قلق نابع عن حيازة أفكار إضافية يمكن أن يكون مندرجاً بحدوث الاضطراب (Barlow & Durand, 1995, p. 198) .

ولقد أظهرت دراسات كثيرة (قام بها كل من : ريكرمان ، ودي سيلفا ، وسالكوفسكس ، وهاريسون) أن معظم الناس الأسوياء يجربون الوسواس وتمر بخبرتهم بشكل أو بآخر ، فقد قدرت نسبة تتراوح بين ٨٠٪ ، و ٩٠٪ من الأشخاص الأسوياء أنهم مروا بخبرة الأفكار أو الدفوعات المقتحمة غير المرغوبة ، والتي تشبه بطرق عدة تلك الوسواس التي جربها مريض يعالجون من اضطراب الوسواس القهري . وتضمن ذلك دفوعات لإيذاء أفراد آخرين ، واندفاعات لفعل أشياء خطيرة ، وأفكاراً عن الحوادث أو الأمراض .

الفرق بين وساوس الأسوياء والمرضى :

على الرغم مما ذكرنا عن وساوس الأسوياء في الفقرة السابقة فإن الفروق كبيرة بين وساوس الأسوياء والمرضى ، وتتركز الفروق في أن وساوس المرضى تنصف بما يلي :

- ١ - تحدث الوسواس بتكرار أكثر .
- ٢ - تدوم الوسواس زمناً طويلاً .
- ٣ - ترتبط بمستويات مرتفعة من الضيق وعدم الراحة .
- ٤ - تقاوم بعناد ويقوة أكبر .
- ٥ - يواجه الفرد صعوبة أكبر في طرد الأفكار والدفعات غير المرغوبة من الذهن .

ومع ذلك فقد بينت دراسات كثيرة أن الوسواس شائعة نسبياً ، وأن الوسواس المرضية تختلف عن الوسواس السوية فسي درجتها أكثر من طبيعتها (Oltmanns & Emery, 1995, p.208) .

كما نضيف إلى فيصل التفرقة بين وساوس الأسوياء والمرضى ما يلي :

١ - مدى إعاقة توافق الفرد : إن مراجعة الأنوار وصنابير المياه والغاز وأقفال المنزل مرة أو مرتين تعد كلها أموراً تكيفية ناجحة لدى الناس عامة ، كما تعد سمات الدقة والنظام والترتيب - إلى حد معين - لدى الباحثين العلميين تكيفية بل مطلوبة ، ولكن استيقاظ الفرد من نومه كي يعيد مراجعة أقفال المنزل مراراً وتكراراً ، أو الطقوس التي يتبعها حتى يستعد للخروج من منزله وتضييع عليه مواعيد مهمة . . . كلها أمور غير تكيفية تشير إلى وساوس مرضية ، قد تجعل الفرد عاجزاً جزئياً .

٢ - تناسب سلوك الفرد مع الموقف : إن مراجعة الطيار لأجهزة الطائرة مراراً وتكراراً قبل الإقلاع أمر سوي تماماً ، ولكن قيام الفرد بطقوس المراجعة ذاتها بشكل مكرر كل يوم قبل قيادة سيارته داخل المدينة هي وساوس مرضية فعلاً .

٣ - الشعور الذاتي بالرضا : إن اقتناع الفرد بأن ما يقوم به ليس سخيفاً وليس غفلاً من المعنى ، وأنه مقتنع به راض عنه يُعد إشارة إلى حالة سوية .

لقد اتضح أن ٧٨٪ من الوسواسيين ينظرون إلى طقوسهم على أنها حمقاء ومخالفة للعقل أو حتى مسخيفة . وفي مثل هذه الحالات ، مع ذلك ، فإن الفهم العقلاني لا يتحول إلى فهم اتفعالي ، ولا يقدر الفرد على إيقاف أفكاره الوسواسية (Seamon & Kenrick, 1992, p.535) ، وهذا لا يحدث مع الأسوياء .

إن الخط الفاصل بين الطقوس القهرية والسلوك السوي صعب التحديد غالباً ، فكم مرة في اليوم يجب أن يغسل الإنسان يديه ؟ كم طول الوقت الذي يجب أن يستغرق أخذ (دش) ؟ هل من المعقول أن يراجع الفرد أكثر من مرة ليتأكد من أن الباب مغلق أو أن الساعة المنتهية تعمل ؟

وقد وضع الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية المعايير التحكيمية الآتية :

- ١- تصبح الطقوس قهرية إذا تسببت في ضيق وكرب واضحين .
- ٢ - تستغرق أكثر من ساعة واحدة في اليوم لتنفيذها .
- ٣ - تتدخل في حسن قيام الفرد بوظائفه المهنية والاجتماعية السوية وتؤثر فيها (APA, 1994, p. 423) .

ومن السوي والطبيعي لشخص ما أن تكون لديه بين الحين والآخر فكرة تطفلية غريبة تفتح عقله ، إن كثيراً من الناس يرون - من وقت إلى آخر - بخبرة محددة تتضمن أفكاراً شاذة أو غريبة Bizarre أو جنسية أو عدوانية ، وبخاصة إذا كانوا في حالة ملل مثل : الجلوس في فصل دراسي . ولكن معظم الأفراد يدعون هذه الأفكار تدخل من أذن وتخرج من الأخرى . على أن بعض الأشخاص يصبحون في حالة رعب من أن تكون لديهم مثل هذه الأفكار ، ويعدونها غريبة ومفترية ، ومقتحمة ، وذات قوة شديدة (Barlow & Durand, 1995, p. 189) .

كما برهنت بعض الدراسات على أن الوسواس (سواء أكانت سوية أم مرضية) متغيرة تبعاً لاختلاف الظروف والأحوال ، فقد ظهر مثلاً أن الوسواس تميل إلى أن تزايد نتيجة القلق ، وتتناقص بالاسترخاء أو زيادة موجات ألفا في الرسم الكهربائي للدماغ EEG

التي يفسرها بعض الباحثين بأنها تشبه حالة الاسترخاء . وحدثت زيادة شديدة في الأفكار غير المرغوبة المضايقة التي تقتحم العقل لدى الأمهات اللاتي يدخل أطفالهن المستشفى لإجراء جراحة ، وتناقصت هذه الأفكار بسرعة إلى المستوى السوي بعد إتمام الجراحة بنجاح ، وذلك كما بينت دراسة «ريمان» .

ويرهن «هوروفتز» على أنه بعد التعرض لأحداث ضاغطة فإن الأسوياء يميلون إلى أن يخبروا الأفكار التي تقتحم عقولهم وتتطفل عليها بشكل متكرر ، ولم يحدث ذلك في دراسة «هوروفتز» بعد مشاهدة فيلم ضاغط ومزعج فقط بل أيضاً بعد مشاهدة فيلم مثير للشهوة الجنسية ، وذلك أكثر من مشاهدة فيلم محايد . ومن ثم فإن الأفكار المزعجة يبدو أنها تنتج عن أي خبرة انفعالية عميقة ، سواء أكانت مزعجة أم سارة ، مرتبطة بكارثة أم بالجنس المثير للشهوة (Marks, 1987, p. 433) . كما تحدث الأعراض القهرية كذلك بدرجة متزايدة في حالات التعب (Leigh, et al., 1977, p. 96) .

وقد قارنت «مايلز» بين عينة من الآباء الذين فقدوا أبناءهم بعد حادث أو مرض مزمن (المجموعة التجريبية) وعينة أخرى من الآباء الذين لم يفقدوا أبناءهم (المجموعة الضابطة) ، وتمت المقارنة في كل من : الأعراض الانفعالية ، والصحة الجسمية . وكانت الفروق جوهرية بين المجموعتين في الاتجاه المتوقع ، فحصلت المجموعة التجريبية على متوسط أعلى في كل من : الوسواس القهري ، والقلق ، والاكتئاب . . . وغيرها (Miles, 1985) ، ويمكن أن نستنتج من هذه الدراسة أن الحوادث الضاغطة للحياة يمكن أن ترفع من درجة الوسواس القهري وغيره من الاضطرابات .

الأفعال القهرية لدى الأسوياء

قد يكون الخط الفاصل بين الأفعال القهرية لدى المرضى والأسوياء غير محدد بدقة ، وكما ذكرنا في الفقرة السابقة فقد دلت الدراسات على انتشار الوسواس لدى الأسوياء بأكثر مما كان يتصور الباحثون . والأمور مشابه لذلك في الأفعال القهرية ؛ أي أن نسبة

لا بأس بها من الأسوياء لديها هذه الأفعال ، ولكن مازالت التفرقة ممكنة بين السمات والأعراض القهرية .

وهناك عرض يمر به ويخبره معظم الراشدين في وقت أو آخر من أوقات حياتهم ، والذي يحمل تشابهاً وثيقاً مع الأعراض القهرية ، أو قد تكون له طبيعة قهرية أصيلة ، وهو ببساطة استمرار مضمون عقلي معين ومداومته وإلحاحه ، على الرغم من أنه لا يخدم أي غرض تكيفي ، وأحد الأشكال الشائعة التي يحدث بها ذلك ، أن يلح على ذهن الفرد موقف معين ، على الرغم من أنه يفعل ما في وسعه ليحول عقله إلى أشياء أخرى . ومن الأشياء التي تعد معرضة ليكون لها هذا التأثير : اللحن الموسيقي ، أو أبيات الشعر ، أو السجع ، ولا شك في أن ذلك راجع إلى طبيعتها الإيقاعية ، وهذه الطبيعة مما تقابله كثيراً في الأعراض القهرية . ومع ذلك فليس ثمة حاجة دائماً إلى أن تكون موجودة ، فمن المؤلف لدى معظم من يعملون أعمالاً عقلية أن تمر بهم ليال يجدون فيها صعوبة في الاستغراق في النوم ، نتيجة لموضوعات ذات طبيعة قهرية ، تدور في عقولهم ، ويفكرون فيها كذكريات اليوم الماضي أو خطط الغد . إن أي حادث أو مشهد يترتب عليه انفعال بالإحباط أو التهيج أو التوتر بحيث تكون هذه الانفعالات متصلة بها اتصالاً وثيقاً ، فإنها تكون معرضة بوجه خاص لأن تعمل بوصفها مركزاً لاجترار الأفكار (Mayer-Gross, et al., 1960 p. 151) .

ومن الواضح أن كثيراً من الناس لديهم خرافات وأنواع من السلوك النمطي الذي يشبه السلوك القهري المرضى ، والأكثر أهمية من ذلك أن هناك عدداً من الناس لم يذهب إلى العيادات أو المستشفيات قط لديهم أنواع من السلوك القهري الذي يشبه شبهاً شديداً السلوك ذاته لدى قرنائهم على الرغم من أنه لا يعجزهم . وقد قدم الدليل الواضح على ذلك ، حيث ظهر أن ١٠٪ تقريباً من عينة قوامها ٣٨٤ شخصاً حصلوا على درجة خمسة أو أكثر (وكان مدى الدرجات الممكنة هو صفر - ٩) على المقياس الفرعي الخاص بالمراجعة في قائمة «مودسلي» للوسواس القهري MOCI ، في حين كان ٣٤٪ فقط

متحررين تماماً من الأعراض (أي حصلوا على درجة صفر) . وفي دراسة ثانية أجريت على ١٤٨ طالبة جامعية ظهر أن نسبة من لديهم أعراض المراجعة - كما تحدت بالمعيار ذاته - هي ١٢٪ ، في حين أن ١٩٪ فقط منهم كُنّ متحركات تماماً من أعراض المراجعة .

والأنواع النموذجية لسلوك المراجعة التي كان يقوم بها هؤلاء الأفراد في العينة غير المرضية مشابهة تماماً لنظائرها لدى المرضى القهريين مثل : المراجعة للتأكد من أن الأبواب موصدة ، والمراجعة بهدف التأكد من أن الأجهزة الكهربائية غير موصلة بالكهرباء ، ومراجعة الملابس وفحصها خشية أن تكون متسخة . كما أسفرت دراسة إيطالية قام بها «سانافيو ، وفيدوتو» باستخدام قائمة «مودسلي» عن وجود كل من المراجعة والتلوث والنظافة والشك واقتحام الأفكار والبطء لدى الذكور ، وكان ذلك في عينة غير مرضية ذات حجم كبير (ن=٨٦٨) (de Silva, 1988) .

وقد ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (انظر الفصل الخامس) عدد من المحكات التشخيصية التي تميز بين الأفعال القهرية (وكذلك الوسواس) لدى الأسوياء والمرضى .

الوسواس القهري والشخصية

تتوافر الأدلة على أن الأسوياء والمرضى يختلفون فقط على أساس كمي في خبرتهم بالوسواس والقهر ، ويمر معظم الناس - في وقت ما من حياتهم - بخبرة الأفكار المقترحة والمتكررة وغير المرغوبة ، ويقومون - نتيجة لذلك - بأنواع من السلوك غير الضروري والمتكرر . وتتضمن الأمثلة النموذجية لذلك الأفكار الجنسية الطفيلية التي تدوم وقتاً ما ، أو المراجعات المتكررة التي لا معنى لها للتأكد من أن جهازاً منزلياً ما قد أغلق . ومع ذلك فإن مثل هذه الأفكار لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري تعد مقترحة وتطفلية أي وسواسية ، ومتكررة ، ولا يمكن التحكم فيها بوجه خاص ، ويصاحبها أفعال قهرية : سلوك كالطقوس عديم المعنى ، يشعر المريض بأنه مدفوع للقيام به .

وفي عام ١٩٧٨ قدم «ريكمان ، ودي سيلفا» اقتراض التشابه بين الوسواس والقهر

السوي والمرضي منها ، وقد سادت هذه الفكرة في الدراسات النفسية منذ ذلك التاريخ (انظر ص ص ١٠٨-١١٣) .

لقد كشفت دراسة «سكارابيلوتي» وصحبه (Scarrabelotti, et al., 1995) أن زيادة العصابية ترتبط بزيادة السلوك الوسواسي القهري ، وأن الاكتئاب عنصر مهم في الوسواس والقهر . كما ظهر أن العصابية والمسؤولية متبائنان دالان بدرجة الاضطراب الذي تسببه الوسواس والقهر ، وعلى العكس من ذلك فإن الانبساط والذهانية ليسا متبئين جيدين باضطراب الوسواس القهري .

ويذكر «تبلر» وصحبه أن مضطربي الوسواس القهري يكشفون عن عصابية مرتفعة ، وانبساط منخفض ، وعن حاجة للإنجاز مرتفعة ، واستقلالية ، وحاجة منخفضة إلى كل من : الاجتماع والسيطرة والتغير ، وميل نحو أعراض القلق أو الهيم والذنب والخوف المرضي ، والعزلة والتحفظ وبقطة الضمير ، وهم مستهدفون للاكتئاب (Templer, et al., 1993, p.75) .

وفي دراسة عربية (أحمد عبد الخالق ، ومايسة النبال ، ١٩٩٠) ارتبط المقياس العربي للوسواس القهري ارتباطاً جوهرياً بمقاييس كل من : القلق والاكتئاب والخافوف المرضية ، واستخرج عامل واحد تشبعت به كل المقاييس تشبعت جوهرياً مرتفعة ، وانطبق ذلك على الجنسين ، مما يدل على ارتباط الوسواس القهري بالشخصية ارتباطاً وثيقاً . كما درس صفوت فرج (١٩٩٩) العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري ، واستخرج بعض الارتباطات الدالة التي تسير في الاتجاه المتوقع .

والحقيقة أن العلاقة بين الشخصية واضطراب الوسواس القهري علاقة متشابكة ومركبة ، وأجريت عليها دراسات كثيرة لا ينسع المقام لعرضها تفصيلاً .

ملخص

الوساوس أفكار تطفلية مداومة ومعاودة وتقتحم الفكر من داخله ، وتسبب في حدوث القلق ، أما القهر فهو أفعال غمطية حسية جسمية أو عقلية ، يقوم بها الفرد للتخلص من القلق الناجم عن الوسواس ، وتوجد الوسواس والقهر معاً عادة ، ولكن قد تحدث الوسواس دون أن يصاحبها فعل قهري ، ومن النادر جداً أن يحدث القهر دون وسواس ، ولكنه قد يحدث في حالات قليلة جداً . وفي كثير من الحالات فإن الخط الفاصل بين الوسواس والقهر ليس حاداً دائماً .

ولاضطراب الوسواس القهري أنماط عدة أهمها سبعة كما يلي :

- ١ - الاغتسال والتنظيف .
- ٢ - المراجعة .
- ٣ - التكرار .
- ٤ - الترتيب .
- ٥ - الحزن أو التخزين .
- ٦ - طقوس التفكير .
- ٧ - الوسواس البحتة .

مع ملاحظة أن المصابين باضطراب الوسواس القهري لديهم عادة أكثر من نوع أو نمط .

وتشمل عناصر الخبرة الوسواسية القهرية عشرة جوانب كما يلي : المنية الذي يقترح زناد الفعل ويظهره ، والشعور بالضيق ، والدفعة القهرية ، والسلوك القهري ، وخفض الضيق ، والخوف من وقوع كارثة ، والمسؤولية المتضخمة ، والبحث عن إعادة التوكيد أو الطمأنينة ، والتجنب ، والتعطيل .

ومن أهم خصائص الوسواس القهري ما يلي : الشك ، والتردد ، وعدم الحسم ، والاجترار ، والبطء ، والنزعة إلى الكمال ، ووجود أكثر من مشكلة ، والمقاومة . ويجب التفرقة بين الوسواس والأفعال القهرية كما توجد لدى المضطربين وكما توجد عند الأسوياء . ويعرض الفصل التالي لطرق تشخيص اضطراب الوسواس القهري وقياسه .

الفصل الخامس

التشخيص والقياس

تمهيد :

كيف يُشخص اضطراب الوسواس القهري ؟ وكيف تحدد درجة أى فرد على هذا الاضطراب ؟ وللإجابة عن هذين السؤالين يعرض هذا الفصل لأهم طريقتين فى تحديد اضطراب الوسواس القهري وتشخيصه ، وهما : التشخيص الطبى النفسى ، والقياس النفسى . ويستخدم الطب النفسى محكات تشخيصية محددة ، نعرض لها تبعا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين APA ، فى حين يطبق علم النفس الإكلينيكى مقاييس نفسية ذات خصائص معينة ، ويجرى مقابلات تشخيصية ، مع توظيف أمثل للملاحظة الإكلينيكية .

أولا- المحكات التشخيصية

المحكات التشخيصية Diagnostic Criteria هى الملامح الأساسية والجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية التى تستخدم مؤشراً رئيساً لتحديد الاضطراب النفسى أو العقلى وتساعد على تشخيصه ، ومن ثم فإن لكل اضطراب محكات محددة تستخدم لتشخيص الأفراد اعتماداً عليها .

والملامح الأساسية لاضطراب الوسواس القهري هى الوسواس Obsessions والمعاودة Recurrent (أى التى تعاود الظهور وتكرر) وكذلك القهر Compulsion (المحك أ) ، وتعد هذه الوسواس أو ذلك القهر عنيقاً وشديداً إلى الدرجة التى تجعله مستهلكاً للوقت (أى أنه يستغرق أكثر من ساعة فى اليوم الواحد) ، أو أنه يسبب ضيقاً وألماً ملحوظين ، أو إضعافاً للفرد وتعطيلاً له بدرجة كبيرة (المحك ج) . وفى نقطة محددة خلال سير الاضطراب ومجره يوقن الفرد ويتأكد من أن الوسواس أو القهر مفرط وزائد أو

غير معقول (الحك ب) . وإذا وجد أحد اضطرابات المحور الأول فإن محتوى الوسواس والقهر لا يقتصر عليه (الحك د) . ولا يكون هذا الاضطراب (الوسواس والقهر) راجعاً إلى تأثيرات فيزيولوجية (متصلة بوظائف أعضاء الجسم) ناتجة عن تعاطي مادة معينة (مثال ذلك إساءة استخدام عقار ما أو علاج معين) أو نتيجة لحالة طبية عامة (الحك هـ) (APA, 1994, p.417f) . ويبين جدول (١٣) هذه المحكات .

جدول (١٣) : للمحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري

أ- إما الوسواس وإما القهر :

تحدد الوسواس بالمحكات الأربعة الآتية :

١ - أفكار أو دقات أو صور متخيلة ، تعد معودة متكررة ، ومستمرة موصولة ، يجربها الفرد ويمر بها - في مرحلة معينة من مراحل الاضطراب - على أنها مفتحة لمقله ، وغير ملائمة ، ومسببة لقلق أو ضيق وكرب ملحوظ .

٢ - لا تعد الأفكار أو الدقات أو الصور المتخيلة - بسيطة - انزعاجاً زائلاً من المشكلات الواقعية للحياة .

٣ - يحاول الفرد أن يتجاهل أو يقمع (يضغط) مثل هذه الأفكار أو الدقات أو الصور المتخيلة ، أو يحاول أن يعادله ببعض الأفكار أو الأعمال الأخرى .

٤ - يوقن الفرد أن الأفكار الوسواسية والدقات والصور المتخيلة تناج لعقله الشخصي (وليست مفروضة عليه من الخارج كما في حالة إدخال الأفكار وهو عرض في الفصام) .

وتعرف الأعمال القهرية بالجانبيين الآتين :

١ - السلوك المتكرر (مثل : غسل اليدين ، والترتيب ، والمراجعة) أو الأعمال العقلية (مثل : الصلاة ، والعد ، وتكرار الكلمات بشكل صامت) التي يشعر الفرد بأنه مجبر على القيام بها استجابة لوسواس ، أو تبعاً لقواعد يتعين اتباعها بحذقها .

تابع جدول (١٣)

- ٢ - يهدف السلوك أو الأفعال العقلية إلى منع حالة الضيق والكرب أو التقليل منها ، أو إلى منع حادث أو موقف مروع ، ومع ذلك فإن هذا السلوك أو الأفعال العقلية إما أنها غير مرتبطة - بطريقة واقعية - بما وضعت كي تعادله neutralize ، وإما أنها زائدة مفرطة بشكل واضح .
- ب - يقر الفرد ويسلم - في نقطة معينة من سير الاضطراب - بأن الوسواس أو الأفعال القهرية مفرطة مبالغ فيها أو غير واقعية .
- ملحوظة : لا ينطبق ذلك على الأطفال .
- ج - الوسواس والأفعال القهرية التي تسبب ضيقاً وكرباً واضحين تعد مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة في اليوم) ، أو تتدخل كثيراً وتؤثر في نظام الحياة اليومي (الروتين) العادي ، والوظائف المهنية (أو الأكاديمية) ، أو النشاطات الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات مع الآخرين .
- د - إذا كان المحور (١) لاضطراب آخر موجوداً يكون محتوى الوسواس أو الأفعال القهرية غير محصور فيه (مثال ذلك : الانشغال بالطعام في وجود «اضطراب الأكل» ، وهوس نشف الشعر وجذبه في وجود اضطراب التنف القهري للشعر Trichotillomania ، والانشغال بالمظهر في وجود اضطراب تشوه شكل الجسم Body Dysmorphic Disorder ، والانشغال بالأدوية والعقاقير في وجود اضطراب استخدام المواد ، وانشغال الفرد بأن لديه مرضاً خطراً في وجود اضطراب توهم المرض ، ونهمك الفرد بالدفعات أو التخييلات الجنسية في وجود اضطراب التعبير عن الجنس ، أو اجترار الأفكار المتصلة بالذنب في وجود اضطراب الاكتئاب الأساسي) .
- هـ - لا يعد الاضطراب راجعاً إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة (مثل :إساءة استخدام العقار أو العلاج) أو نتيجة لحالة طبية عامة .

عن : (APA, 1994, p.422f) .

تطبيق المحكات التشخيصية على المريض :

يقوم الطبيب النفسى الممارس بمقابلة شخصية للمريض ، وفي أثناء المقابلة التشخيصية يتأكد من انطباق هذه المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب الوسواس القهرى على الحالة ، كما يتعين على الطبيب أيضاً أن يقوم بالتشخيص الفارق .

التشخيص الفارق :

حتى يتأكد القائم بالتشخيص من أن الحالة اضطراب الوسواس القهرى فلا بد أن يحدد التشخيص الفارق بين هذا الاضطراب وكل من : القلق ، والخاف ، وتشوه الجسم ، والاكتئاب ، وتوهم المرض ، والذهان ، والفصام ، والازمات العصبية ، واضطرابات الأكل ، والمقاومة المرضية ، والإدمان على الخمر ، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (APA, 1994, p.422) .

ثانياً - المقاييس النفسية

مقدمة :

القياس جانب مهم من جوانب العلم والممارسة معاً ؛ النظر والتطبيق ، ويعد قياس اضطراب الوسواس القهرى أمراً مهماً فى كل من البحوث والممارسة الإكلينيكية ، ويصرف النظر عن التفرقة بين السمات والأعراض فمن الأهمية بمكان أن نعرض بعض الأدوات والمقاييس المتاحة لقياس الوسواس القهرى ، فقد طور عدد من أدوات القياس النفسى المقتنة لقياس أعراض الوسواس القهرى وسماته ، وبخاصة فى اللغة الإنجليزية ، ويذكر «كيم ، ودايسكن ، وكيسنز» (Kim, Dysken, & Katz, 1989) أنه حتى السبعينيات من القرن العشرين لم تتح للإكلينكيين والباحثين مقاييس تقدير مقبولة لقياس اضطراب الوسواس القهرى ، ولكن مقاييس الوسواس القهرى المتاحة الآن - وبخاصة فى اللغة الإنجليزية - كثيرة ، نعرض نماذج لها فيما يلى :

١- «قائمة لايتون الوسواسية» (LOI) Leyton Obsessional Inventory

وهي من وضع «كوير» (Cooper, 1970) ، وتعد أول قائمة شاملة تقيس اضطراب الوسواس القهري . وتشمل ٦٩ سؤالاً يجاب عنها بـ «صواب - خطأ» ، وصممت لفحص ربات البيوت الكماليات Perfectionist (الراغبات في تحقيق الكمال) ولتشخيص الأعراض الوسواسية (الـ ٤٦ بندا الأولى) ، والسمات الشخصية الوسواسية (الـ ٢٣ بندا التالية) (انظر جدول ١٤) . ويستخرج من قائمة «لايتون الوسواسية» درجات على مقياس فرعية أربعة سميت : الأعراض ، والسمات ، والمقاومة ، والتدخل .

جدول (١٤) : نماذج من بنود قائمة «لايتون» الوسواسية

- ١- هل أنت مجبر من داخلك غالباً على القيام بأشياء معينة على الرغم من أن عقلك يخبرك بأنها غير ضرورية ؟
- ٥- هل تجد نفسك مضطراً إلى مراجعة الأشياء مرات كثيرة ؟
- ١٥- هل رؤية السكاكين والمطارق والبلطات أو الأشياء الأخرى في منزلك والتي يَحتمَل أن تكون خطرة تضايقك وتجعلك تشعر بالعصية ؟
- ١٧- هل أنت شديد العناية بأن تجعل يديك نظيفتين ؟
- ٤٨- هل تحتفظ بمقدار كبير من الصناديق أو اللعب الفارغة والخفاف الورقية والصحف القديمة لأنها يمكن أن تكون ذات فائدة يوماً ما ؟

ولقد برهن «كوير» على ارتفاع ثبات إعادة التطبيق والصدق التمييزي لقائمة «لايتون» الوسواسية ، حيث فرقت بين كل من مرضى الوسواس وسيدات البيوت من ذوات النزعة إلى الكمال والأموياء . وكشف تحليل المكونات الأساسية عن ثلاثة

مكونات هي : الانشغال بالنظافة والترتيب ، والشعور بعدم الاكتمال ، والمراجعة والتكرار . ونج عن هذه القائمة صيغ معدلة كثيرة مشتقة من القائمة الأصلية .

ومع ذلك فقد اتضح أن هذه القائمة تعاني من جوانب قصور متعددة في الثبات والصدق والحساسية للتغير نتيجة العلاج (Goodman & Price, 1992) ، فقد أخفقت الدرجات عليها في أن تعكس التحسن الإكلينيكي في اضطراب الوسواس القهري بعد تعاطي عقار كلومبرامين (Kim, et al., 1989) ، كما يركز محتوى قائمة «لايتون» الوسواسية بقوة على السمات الشخصية القهرية أكثر من الجوانب السلوكية والمعرفية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري ، ويدعو كذلك أن عدداً كبيراً من البنود يرتبط بالثقافة البريطانية بوجه خاص (Freund, Steketee, & Foa, 1987) . وعلى الرغم من أن هذه القائمة كانت واحدة من أكثر الأدوات استخداماً خلال السبعينيات لتقدير حالة مريض اضطراب الوسواس القهري في المحاولات الإكلينيكية للعقاقير (Kim, et al., 1989) فإنها لم تعد تستخدم في الدراسات الحالية كما كانت تستخدم قبلاً (Richer, Cox, & Drenfeld, 1994) .

وقامت نجمة الحرافي (١٩٨٥ ، ص ص ٧٩-١٤٠) بتعريب قائمة «لايتون» للوسواس ، واستخدمتها في دراسة ميدانية على عينة كويتية وخليجية ، بعد استخراج معاملات ثباتها وصدقها ، وقد كانت معاملات مرتفعة .

ب- قائمة «مودسلي» للوسواس القهري^(٤) :

Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)

صمم هذه القائمة «هودجسون» ، وريكمان (Hodgson & Rachman, 1977) وتشمل ثلاثين عبارة يجاب عن كل منها بصيغة «صواب - خطأ» ، وترتبط بنود هذه

* هذه القائمة نسبة إلى مستشفى «مودسلي» في لندن بإنجلترا .

القائمة بالنوعين الأساسيين من الشكاوى ، وهما : الاغتسال Washing والمراجعة Checking ، فضلاً عن جانبين صغيرين هما : البطء Slowness والشك Doubting . وقد قام كاتب هذه السطور بترجمة هذه القائمة . ويبين جدول (١٥) نماذج من بنود قائمة «مودسلى» .

جدول (١٥) : نماذج من بنود قائمة «مودسلى» للوسواس القهرى

- ١- أتجنب استخدام الهاتف العامة بسبب إمكانية التلوث .
- ٢- كثيراً ما تتلبنى أفكار بغضبة وأجد صعوبة فى التخلص منها .
- ١٢- تأخر فى عملى لأننى أكرر الأشياء مرات كثيرة .
- ٢٠- إن مشكلتى الأساسية هى مراجعة الأشياء بصورة متكررة .
- ٢٦- أستغرق وقتاً طويلاً جداً كي أُنهى من الاغتسال فى الصباح .

وتقيس قائمة «مودسلى» للوسواس القهرى وجود مختلف الشكاوى الوسواسية القهرية ومدىها (درجتها) ، ومن ثم فإنها تقيس الشكاوى والأعراض الوسواسية القهرية وليس السمات الشخصية الوسواسية القهرية . ومعاملات الانساق الداخلى وثبات إعادة التطبيق تعد مرضية تماماً لقائمة «مودسلى» . وكشفت دراسة على الطلاب الإيطاليين (Sanavio & Vidotto, 1985) عن ثلاثة عوامل : سلوك المراجعة والهم ، ومشكلات التلوث والنظافة ، والشكوك والأفكار المقتحمة للعقل ، واستخرج أيضاً مكون رابع لدى الذكور سُمي : البطء الوسواسي .

وهذه القائمة تقيس الجوانب المعرفية والسلوكية لاضطراب الوسواس القهرى (Freund, et al., 1987) ، ومع ذلك فإن هذه القائمة أكثر قبولاً ومناسبة للأعراض التشخيصية أكثر من القياس الذى يهدف إلى تقدير التغير الإكلينيكي بعد تعاطي عقار أو تلقي علاج نفسي (Kim, et al., 1989) ، كما أنها لا تغطي - بدرجة كافية - مدى

الأعراض الوسواسية القهرية التي تشاهد في الممارسة الإكلينيكية (العيادات النفسية) ، وهي - نسبياً - غير حساسة للتغيرات التي يحدثها العقار في الأعراض الوسواسية القهرية (Goodman & Price, 1992) ، ومع ذلك فإن قائمة «مودسلي» للوسواس القهري تستخدم غالباً في دراسات العلاج السلوكي وفي الدراسات عن الشكاوى الوسواسية في العينات غير الإكلينيكية (Richer, et al, 1994) ، ويجرى الآن العمل لإصدار صيغة منقحة .

ج - قائمة النشاط القهري (CAC) Compulsive Activity Checklist

طور هذه القائمة «هالأم» ، وأوردها «فيليبوت» لأول مرة عام ١٩٧٥ ، ونشرت أول بيانات عنها عام ١٩٧٧ من قبل «ماركس» ، «هالأم» ، وكوناللي ، «فيليبوت» (Steketee & Freund, 1993) وأمدنا «فرويد» وصحبه (Freund, et al., 1987) بمعلومات عن الخصائص السيكمترية للقائمة بوصفها مقياساً لأعراض الوسواس القهري .

وتشتمل قائمة النشاط القهري على ٣٨ بنداً ، تعد مقياس تقرير للسلوك ، يضم مختلف الأفعال والنشاطات التي تشيع بوصفها مشكلات لدى مضطربي الوسواس القهري . ويهدف المقياس إلى تقدير مدى تدخل سلوك الوسواس القهري في الحياة اليومية للفرد (انظر جدول ١٦) .

ولقائمة النشاط القهري ثبات إعادة تطبيق أقل من المعايير المقبولة بقليل ، ولكن لها اتساقاً داخلياً مرتفعاً . واستخرج من التحليل العاملي عاملان هما الاغتسال والمراجعة . وتمت البرهنة على الصدق الاتفاقي للدرجة الكلية والمقياسين الفرعيين بدرجة مقبولة لدى عينة من المرضى . واستخرج «ستيرنبرج» ، و«بيرنز» من المقياس - كما طبق على عينة غير إكلينيكية - ثلاثة عوامل هي : الاغتسال ، والمراجعة ، والصحة الشخصية (Sternberg & Burns, 1989) .

ويشيع استخدام قائمة النشاط القهري بوساطة المعالجين السلوكيين ، ويتاح للمقياس صيغة فرنسية (انظر : Cattraux, Bouvard, Defayolle, & Messy : 1988) ، ثم وضعت للمقياس صيغة مختصرة (٢٨ بنداً) تعدّ تحسّيناً للصيغة الأولى المطولة (Steketee & Freund, 1993) .

جدول (١٦) : نماذج من بنود قائمة النشاط القهري

<p>تعليمات : ضع تقديراً أمام كل نشاط في المقياس الوارد أسفلهذا ، تبعاً لما يوجد من إعاقة راجعة إلى الأعراض الوسواسية القهرية لديك على أساس ما يلي :</p> <p>صفر لا مشكلة مع هذا النشاط .</p> <p>١- يستغرق النشاط ضعف الوقت الذي يستغرقه معظم الناس ، أو يجب على أن أكرهه مرتين أو ألتجبه .</p> <p>٢- يستغرق النشاط ثلاث مرات أطول من معظم الناس ، أو يجب علي أن أكرهه ثلاث مرات أو ألتجبه عادة .</p> <p>٣- أنا عاجز عن تكملة النشاط أو البدء فيه .</p>	<p>النشاطات :</p> <p>٣- غسل اليدين والوجه .</p> <p>٤- اعتنائي بشعري (غسل ، تمشيط ، تفريش مثلاً) .</p> <p>٦- لبس الملابس وخلعها .</p> <p>٩- لمس الناس أو يلمسني الآخرون .</p> <p>١٢- غسل الأطباق .</p> <p>١٥- جعل الأشياء نظيفة ومرتبّة .</p> <p>١٦- ترتيب السرير .</p> <p>١٧- تنظيف الحذاء .</p> <p>١٨- لمس مقابض الأبواب .</p> <p>٢٢- فتح الأبواب والنوافذ أو غلقها .</p> <p>٢٤- عمل عملية حسابية أو العد .</p> <p>٣٦- استخدام الحمامات العامة .</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

د - قائمة بادوا (Padua Inventory (PI

وضع «سانافيو» (Sanavio, 1988) هذه القائمة التي اتخذت اسم مدينة «بادوا» الإيطالية اسماً لها . وللقائمة صيغتان : إنجليزية وإيطالية ، ولها بيانات معيارية وخواص جيدة ، كما طبقت على عينة أسترالية غير إكلينيكية من الطلاب (Kyrios, et al., 1996) ، وتتكون من ستين عبارة تصف السلوك الوسواسي القهري الشائع لدى الأسوياء والمرضى . ولها ثبات اتساق واستقرار مقبول ، واستخرج منها أربعة عوامل هي : التحكم المعوق للنشاطات العقلية ، والتلوث ، وسلوك المراجعة ، والدفعات والقلق من فقد السيطرة على السلوك الحركي ، وللقائمة صدق تلازمي وتميزي مرتفع (انظر نماذج للبنود في جدول ١٧) .

جدول (١٧) نماذج من بنود قائمة «بادوا»

- ٣- أجد من الصعب عليّ أن ألس شيئاً عندما أحرف أن غرياء أو أناساً معينين قد لمسوه .
- ٧- أحصل يدى أكثر بكثير وأطول من اللازم .
- ٢٠- أراجع وأعيد مراجعة صنادير الغنز والماء ومفاتيح النور بعد إغلاقها .
- ٢٥- أراجع الخطابات بدقة مرات متعددة قبل أن أرسلها إلى البريد .
- ٣٣- تدخل الأفكار المضايقة إلى عقلي ضد إرادتي ولا أستطيع التخلص منها .
- ٣٤- الكلمات القاحشة أو القفرة تمر على عقلي ولا أستطيع التخلص منها .
- ٤٧- عندما أرى قطاراً يقترب فأتى أفكر أحياناً أنه من الممكن أن ألقى بنفسى تحت عجلاته .

وقد نقّدت قائمة «بادوا» في أنها تقيس - بالإضافة إلى الوسواس - الهم Worry (Freeston, et al., 1993) ، وقد أجريت دراسة على (١٠ و ٥) مبحوثين لاستبجحات صيغة معدلة من القائمة متحررة من تأثير الهم ، وطورت هذه الصيغة ، واتضح أن لها خواص جيدة (Burns, Keotge, Fornea, & Sternberger, 1996) .

هـ : مقياس «ييل - براون» للوسواس القهري :

Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)

وضع هذا المقياس «جودمان» وصحبه (Goodman, et al., 1989, a, b) تحت اسم جامعتي «ييل ، وبراون» الأمريكيتين . ويشتمل هذا المقياس على عشرة بنود ، ويقدر كل بند من صفر (لا عرض) إلى ٤ (عرض متطرف) ، وقد صمم المقياس بوصفه أداة يقوم بتقديرها الملاحظ Observer - rated ، أى الإكلينيكي المتخصص ، ويشتمل على خمسة بنود للوساوس ، ومثلها للأفعال القهرية .

وتوضع تقديرات البنود بالنظر إلى الدرجة التي تشغل بها وقت المريض ، وتتدخل في الوظائف السوية له ، وتسبب الكرب أو الضيق الذاتى له ، وإلى أى حد يقاومها المريض بطريقة نشطة ، ويمكنه التحكم فيها فعلا (انظر جدول ١٨) .

جدول (١٨) : البنود الأساسية لمقياس «ييل - براون» للوسواس القهري

أ- الوسواس :

- ١ - الوقت الذى يُقضى في الوسواس .
 - ٢ - تأثير الوسواس في المريض .
 - ٣ - الضيق أو الكرب الناتج عن الوسواس .
 - ٤ - المقاومة .
 - ٥ - التحكم في الوسواس والسيطرة عليها .
- ب- الأفعال القهرية :
- ٦ - الوقت الذى يقضى في الأفعال القهرية .
 - ٧ - تأثير الأفعال القهرية في المريض .
 - ٨ - الضيق أو الكرب الناتج عن الأفعال القهرية .
 - ٩ - المقاومة .
 - ١٠ - التحكم في الأفعال القهرية والسيطرة عليها .

نماذج من أسئلة مقياس «بيل - براون» للموساس الفهرى :

١- الزمن الذى تستغرقه الأفكار الوسواسية :

كم من وقتك تشغله الأفكار الوسواسية ؟

صفر = لا .

١ = بسيط ، أقل من ساعة في اليوم .

٢ = معتدل ، من ١-٣ ساعة في اليوم .

٣ = شديد ، أكثر من ٣ ساعات وأقل من ٨ ساعات .

٤ = متطرف ، أكثر من ٨ ساعات كل يوم .

٢- تأثير الأفكار الوسواسية :

إلى أى حد تؤثر الأفكار الوسواسية لديك في قيامك بوظائفك

الاجتماعية أو المهنية؟ هل هناك أى شيء لا تقوم به بسببها ؟

صفر = لا .

١ = بسيط ، تأثير بسيط ، ولكن الأداء الشامل لا يعوق .

٢ = معتدل ، تأثير مؤكد ، ولكن مازال الأمر يمكن التحكم فيه .

٣ = شديد ، يسبب تعطلا كبيرا .

٤ = متطرف ، معجز .

٣- الضيق المرتبط بالأفكار الوسواسية :

إلى أى حد تسبب لك الأفكار الوسواسية الضيق ؟

صفر = لا .

١ = بسيط ، ليس اضطراباً كبيراً .

٢ = معتدل ، تسبب الاضطراب ولكن يمكن التحكم فيه .

٣ = شديد ، تسبب اضطراباً شديداً جداً .

٤ = متطرف ، تسبب ضيقاً مستمراً ومعجزاً .

٤ - مقاومة الوسواس :

كم من الجهد تبذل لمقاومة الأفكار الوسواسية ؟ إلى أى حد تحاول ألا تهتم بها أو تحول انتباهك بعيداً عن هذه الأفكار عندما تدخل عقلك ؟

صفر = لا .

١ = بسيط .

٢ = معتدل .

٣ = شديد .

٤ = متطرف .

٥ - درجة التحكم في الأفكار الوسواسية :

إلى أى حد تسيطر على الأفكار الوسواسية لديك ؟ إلى أى حد تنجح في إيقافها أو في تغيير تفكيرك الوسواسي ؟ هل يمكنك أن تطردها من ذهنك ؟
(وبدائل الإجابة مثل البند السابق) .

وللمقياس اتساق داخلي جيد ، وكذلك ثبات ما بين المقيدين Inter-rater ، وصدق اتفافي وتمييزي مرتفع ، كما أن المقياس حساس للتغير الناتج عن العلاج ، وكان الهدف الأصلي من وضع هذا المقياس استخدامه لتقدير نتيجة العلاج بالعقاقير لدى المرضى الذين شخصوا فعلاً على أنهم يحققون المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري

في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (Goodman & Price, 1992) .

ومن ثم فقد شاع استخدامه في دراسات آثار العقاقير على اضطراب الوسواس القهري (Goodman, et al., 1989,b) ، ومع ذلك فالمقياس ليس أداة تشخيصية . وطبقه «بير» (Baer, 1994) على مجموعة من مرضى الوسواس القهري ، واستخرج ثلاثة عوامل هي : التناسق / التخزين ، والتلوث / النظافة ، والوساوس الصرف . ولهذا المقياس صيغة تطبيق عن طريق الحاسوب (Rosenfeld, Dar, Anderson, Kobak, & Greist, 1992) .

ودرس «جيل ستيكيتي» وزملاؤها (Steketee, et al., 1996) مختلف الجوانب الخاصة بصيغة تقرير ذاتي Self - report لمقياس «يل - براون» للوسواس القهري على عيتين غير إكلينيكيتين وعينة مرضى وسواس قهري وعينة إكلينيكية من غير مرضى الوسواس القهري . وكشفت صيغة التقرير الذاتي لهذا المقياس عن خواص سيكومترية (خاصة بالمقياس النفسي) ممتازة ، وفضلا عن ذلك فإنها موفرة للوقت ، وتعد بديلاً أقل كلفة من المقابلة الشخصية في تقدير أعراض اضطراب الوسواس القهري .

و - قياس الجوانب المعرفية في الوسواس القهري :

تكونت مجموعة عمل للدراسة الجوانب المعرفية المتعلقة بالوسواس القهري (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1987) ، وبينت أن مزيداً من الدراسات الحديثة المتزايدة برهنت على أن المحتويات المعرفية Cognitive contents وعملياتها تعد جانباً مهماً في بحث أسباب اضطراب الوسواس القهري ، وقدمت أمثلة كثيرة تبرهن على أن العوامل المعرفية أساسية في اضطراب الوسواس القهري ، كما طورت طرق علاجية تهدف إلى تعديل المعتقدات في هذا الاضطراب .

ولتسهيل البحث في الآليات المعرفية وعلاج اضطراب الوسواس القهري وُضعت عدة مقاييس لتقدير المعتقدات المرتبطة بهذا الاضطراب (١٦ مقياساً على الأقل) . ولكن هذا العدد الكبير من المقاييس وتنوعها قد أدى لسوء الحظ إلى صورة مختلطة لدور الجوانب المعرفية في هذا الاضطراب ، فتكونت هذه المجموعة الدولية من المختصين عقب

انتهاء الملتقى العالمى للعلاجات السلوكية والمعرفية الذى عقد فى الدغرك فى يوليو ١٩٩٥ ، ثم توالى اللقاءات التى دعمتها شركة «سولفاى» للأدوية .

وقامت هذه المجموعة الدولية بمسح للمقاييس المتاحة ، وطورت مقاييس تقرير ذاتى للمعتقدات والتوقعات المتعلقة باضطراب الوسواس القهرى . وظهر أن هناك ستة مجالات للمعتقدات يبدو أنها مهمة فى اضطراب الوسواس القهرى وهى :

- ١- المسؤولية المتضخمة .

- ٢- الأهمية الزائدة للأفكار .

- ٣- الانشغال الزائد بأهمية التحكم فى أفكار الفرد والسيطرة عليها .

- ٤- التقدير الزائد للتهديد .

- ٥ - عدم تحمل الشك .

- ٦- الكمالية أو النزعة إلى الكمال .

مقاييس أخرى بالإنجليزية :

تجدر الإشارة إلى أن هناك مقاييس أخرى للوسواس القهرى ولكن ما تم عرضه كان أشهرها ، ومع ذلك لا بد أن نذكر المقياس الفرعى للوسواس القهرى فى كل من : قائمة مراجعة الأعراض - ٩٠ (Derogatis, et al., 1974) ، وهى من ترجمة عبد الرقيب البحيرى (١٩٨٤) ، ومقياس تقدير الاضطرابات النفسية الشامل (Asberg, et al., 1978) .

ز- مقاييس الوسواس المتاحة بالعربية :

مقاييس الوسواس القهرى المتاحة فى اللغة الإنجليزية متعددة وكثيرة على عكس الحال فى اللغة العربية ؛ إذ يعد هذا النوع من المقاييس قليلا جدا بالمقارنة إلى مقاييس الشخصية والقلق والاكتئاب . ويمكن أن نعدد - فى حدود علمنا - عددا محددا من مقاييس الوسواس القهرى المتاحة بالعربية ، ويمكن أن تصنف إلى قسمين : أولهما يضم

- على الأقل - مقياسين هما : المقياس الذي وضعه «جيرالد جب» Gibb وزملاؤه ، وقام محدث عبد اللطيف (١٩٨٩) بترجمته إلى العربية وإعداده ، واستخراج معاملات ثباته وصدقه ، وتحليل بنوده عاملياً ، وفحص الفروق بين الجنسين في الاستجابة له . ويتكون هذا المقياس من ٢٢ بنداً ، تستخدم مفردتان منها لتحديد مدى صدق الاستجابة . أما المقياس الثاني فهو قائمة «مودسلي» للوسواس القهري ، من وضع «هودجسون ، وريكان» (انظر ص ١٢٢) ، وتتكون من ثلاثين عبارة ، وقام بترجمته إلى العربية وإعداده كاتب هذه السطور ، ثم تُرجم بعد ذلك - بشكل مستقل - واستخدمه صفوت فرج (١٩٩٩) .

ويشمل القسم الثاني من المقاييس قوائم متعددة الأوجه يعد الوسواس القهري أحد مقاييسها الفرعية ، ومثالها المقياس الفرعي السابع في «قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه للشخصية» MMP١ ، وهو مقياس السيكاكاسينيا (Pt) Psychasthenia . ويقاس هذا المقياس الاجترار الوسواسي للأفكار ، والطقوس السلوكية القهرية ، وبعض أشكال المخاوف الشاذة ، والقلق والهم ، وصعوبة التركيز ، ومشاعر الذنب ، والتردد الزائد ، والتأرجع في اتخاذ القرارات ، والمعايير الأخلاقية المرتفعة ، وارتفاع معايير الأداء العقلي ، ونقد الذات (لويس كامل مليكة ، ١٩٧٤) .

ويمثل مقياس الوسواس (ثمانية بنود) أحد المقاييس الفرعية «لاستخبار مستشفى ميدل سكس» من وضع «كراون ، وكرسب» Crown & Crisp ، ترجمة كل من : محمود عبد الجواد ، ووجيه جرجس ، ويحيى الرخاوى . ويوجه إلى هذا الاستخبار جوانب نقد متعددة (انظر : أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٢ ، ص ٥٨) .

والوسواس كذلك أحد المقاييس الفرعية لقائمة «ميلون» الإكلينيكية متعددة المحاور (Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI ، من وضع «تيودور ميلون» ترجمة السيد عبد الغنى (١٩٩١) وإعداده .

ونقدم فيما يلي أحد المقاييس العربية المؤلفة .

ح- المقياس العربى للوسواس القهرى :

قام أحمد عبد الخالق (١٩٩٢) بتأليف المقياس العربى للوسواس القهرى في صيغته العربية ، وأخرى إنجليزية (Abdel-Khalek,1998a,2000a) . وتتاح له صيغة أسبانية (تحت النشر) . وتفيد هذه الصيغ في الدراسات الحضرارية المقارنة للوسواس القهرى .

ويشتمل هذا المقياس (انظر نماذج لبنوده في جدول ١٩) على ٣٢ عبارة ، تنحىب على أساس «نعم/ لا» ، وللمقياس صدق ظاهرى جيد ، ووصل معامل ثبات إعادة التطبيق إلى ٠,٨٥ ، أما معامل ألفا فقد كان ٠,٨٠ ، وكان الصدق المرتبط بالهك مرتفعاً ، إذ وصل إلى ٠,٧١ ، و٠,٦٩ ، للذكور والإناث على التوالى . واستخرجت سبعة عوامل دالة وذات معنى من المقياس وهى :

- ١ - الشكوك الوسواسية .
- ٢ - الترتيب والنظام .
- ٣ - البطء والتردد .
- ٤ - اجترار الأفكار والقهر .
- ٥ - التدقيق والتكرار .
- ٦ - المراجعة .
- ٧ - الأفكار الوسواسية .

جدول (١٩) : نماذج من بنود المقياس العربى للوسواس القهرى

- ١- أغسل يدى عدداً كبيراً من المرات .
- ٢- تسيطر على حياتى عادات خاصة ونظم معينة .
- ٣- أشك فى أشياء كثيرة فى هذا العالم .
- ٤- تظاردنى الأفكار للزعجة والسخيفة .
- ٥- تلح على خاطرى عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقى .

ويرتبط المقياس العربي للوسواس القهري ارتباطاً إيجابياً بكل من : العصبية ، وسمة القلق ، والخوف ، والاكتئاب ، واضطرابات النوم ، وقلق الموت ، وفقدان الشهية العصبي ، والتشاؤم ، في حين يرتبط الوسواس القهري ارتباطاً سلبياً بكل من التفاؤل والانسباط (انظر : أحمد عبد الحائق ، ١٩٩٢ ، أحمد عبد الحائق ، ويدر الأنصاري ، ١٩٩٥ ، أحمد عبد الحائق ، ومايسة النبال ، ١٩٩٠ ، ١٩٩٢ ، أ ، ب ، عادل شكرى ، ١٩٩١ ، ١٩٩٨) . واستخدم عويد المشعان ، وفريخ العنزى (١٩٩٦) المقياس نفسه للدراسة الاضطرابات النفسية لدى الأسرة الكويتية بعد العدوان العراقي . وكانت الأسر على أربعة أنواع كما يلي : أسر الأسرى والشهداء ومن كانوا مقيمين داخل الكويت ومن كانوا مقيمين خارجها إبان العدوان العراقي . ولم تكشف الدراسة عن فروق دالة إحصائية بين هذه الأسر في الوسواس القهري .

وقد أجرى مصطفى السعدني (El-Saadany, 1998) دراسة مهمة في رسالته للدكتوراه في الطب النفسى ، وذلك على عينة كبيرة الحجم ، حيث قسمت مدينة الإسكندرية في مصر إلى ٣٠ منطقة ، وتم اختيار ٨٠ فرداً لا تقل أعمارهم عن ١٥ عاماً من كل منطقة ، وبلغ عدد الأشخاص الذين تمت مقابلتهم مع تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري عليهم لتحديد عدد المصابين باضطراب الوسواس القهري ٤٣٦ ، ٢ ، وشخصاً . أما العينة الإكلينيكية فقد شملت ٢٤ مريضاً من اثنين من المستشفيات . وبين جدول (٢٠) بعض النتائج على المقياس العربي للوسواس القهري . ويعرض شكل (٦) لتوسطات المقياس قبل العلاج وبعده (Ibid, p. 147) .

وقد بينت هذه الدراسة أن عقارى سيتالوبرام CBT Citalopram وكلوميبرامين Clomipramine والعلاج السلوكي المعرفي قد خفضت درجات المقياس العربي للوسواس القهري بعد العلاج عنه قبل العلاج ، وأنه لا فرق دال بين الأنواع الثلاثة من العلاج (Ibid, p. 223) . وبين جدول (٢١) معاملات ارتباط المقياس وثلاثة هرمونات (p.167) .

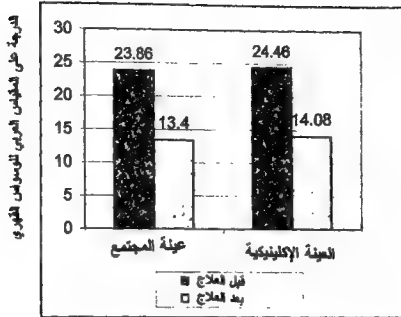
جدول (٢٠) : نتائج المقياس العربى للوسواس القهرى قبل العلاج وبعده

الجموعه	الجموعه الوسواسية المستعملة من المجتمع (ن=٨٥)	الجموعه الإكلينيكية المرضى (ن=٢٤)	قيم «ت»
قبل العلاج الحد الأدنى-الأعلى $\bar{x} \pm s$	٣١-١٧ $٢,٩٨ \pm ٢٣,٨٦$	٣٠-١٩ $٣,١٥ \pm ٢٤,٤٦$	٠,٨٦ غير دالة
بعد العلاج الحد الأدنى-الأعلى $\bar{x} \pm s$	٢٥-٤ $٤,٦٥ \pm ١٣,٤٠$	٢٨-٦ $٥,٦٣ \pm ١٤,٠٨$	٠,٦١ غير دالة
$\bar{x} \pm s$ الفرق	$٤,٩١ \pm ١٠,٤٦$	$٥,٣٦ \pm ١٠,٣٨$	
قيمة ت الدلالة	١٩,٦٦ ٠,٠٠٠١	٩,٤٩ ٠,٠٠٠١	

(انظر : El-Saadany, 1996, p.147) .

جدول (٢١) : معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على المقياس العربى للوسواس القهرى
وثلاثة هرمونات قبل العلاج لدى عينة من مرضى الوسواس القهرى

الهرمونات	ن	ر	الدلالة
مصل هرمون النمو	٢٤	-٠,٤١٦	٠,٠٢٢
مصل البرولاكتين	٢٤	٠,١٠٧	--
مصل الهرمون المنبه للغدة	٩	٠,٢٠٧	--



شكل (٦) : متوسط الدرجة على المقياس العربي للوسواس القهري قبل العلاج وبعده في كل من المجموعة المستمدة من المجتمع والعينة الإكلينيكية
 عن : (El-Saadany, 1996, p. 148)

والارتباط الدال الوحيد في جدول (٢١) هو الارتباط السلبى بين الوسواس القهري ومصل هرمون النمو ، ويشير إلى أنه كلما ارتفع أحدهما انخفض الآخر . ويبين جدول (٢٢) معاملات الارتباط بين المقياس العربى للوسواس القهري وأربعة هرمونات بعد العلاج ، حيث لم تصل الارتباطات إلى مستوى الدلالة الإحصائية .

جدول (٢٢) : معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على المقياس العربى للوسواس القهرى وأربعة هرمونات بعد العلاج لدى عينة من مرضى الوسواس القهرى

الدلالة	ر	ن	الهرمونات
-	٠,٠٢٧	٢٤	مصل هرمون النمو
-	٠,٢٠٢-	٢٤	مصل البرولاكتين
-	٠,٣٩٦-	٩	مصل الهرمون المنبه للغدة
-	٠,٠٦٤	٢٤	مصل الكورتيزول

وقد طبق المقياس على إحدى عشرة عينة فرعية من المصريين بلغ حجمها ١,٥٥٠ مفحوصاً ، كما طبق على عينات سعودية (أحمد عبد الخالق ، وعبد الغفار الدماطى ، ١٩٩٥) . واستخدم المقياس مع عينات من لبنان وقطر (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٢) ، فضلاً عن عينات من طلاب الجامعة من الجنسين من سوريا : (أحمد عبد الخالق ، وسامر رضوان ، ٢٠٠٢) والأردن (غير منشور) ، والبحرين (توفيق عبد المنعم ، ٢٠٠٠) ، والكويت والولايات المتحدة الأمريكية (انظر : Abdel-Khalek & Lester, 1998, 1999 a,b,2000, in press, Abdel- Khalek, Lester & Barrett, in press, Lester & Abdel- Khalek, 1998, 1999).

وقام فريخ العنزى (١٩٩٧) بإعداد نسخة من المقياس العربى للوسواس القهرى تناسب الأطفال ، وتشتمل على العدد نفسه من البنود (٣٢ بنداً) ، ولها معاملات ثبات وصدق مرتفعة ، واستخرجت منها - على عينات كويتية - عوامل متسقة . وتشير هذه النتائج وغيرها إلى أن المقياس العربى للوسواس القهرى يعد مقياساً واعداً يمكن أن يستخدم مع الأسوياء والمرضى .

ملخص

يتم تشخيص اضطراب الوسواس القهري في إطار الطب النفسي اعتماداً على بعض النظم التشخيصية ، أهمها الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي وبخاصة في طبعته الرابعة الصادرة عام ١٩٩٤ . ويضم هذا الدليل اضطراب الوسواس القهري بوصفه فئة فرعية في اضطرابات القلق ، ولكل اضطراب محركات تشخيصية ، وهي الملامح الأساسية والجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية التي تستخدم مؤشراً رئيساً لتحديد الاضطراب وتشخيصه .

وأهم المحركات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري هي الوسواس وكذلك القهر ، وتسمان بالمعاودة ، واستنفاد الوقت ، ويسببان ضيقاً وألماً ملحوظين ، أو إضعافاً للفرد وتعطيلاً لطاقاته ، ويوقن المضطرب - في مرحلة معينة - أن الوسواس والأفعال القهرية مفرطة مبالغ فيها أو غير واقعية .

ومن ناحية أخرى يتم قياس الوسواس القهري وتقدير درجته - في إطار علم النفس المرضي - بطرق عدة أهمها الاستخبارات والقوائم ، وهي كثيرة في اللغة الإنجليزية وأهمها : «قائمة لايتون الوسواسية» ، «قائمة مودسلي للوسواس القهري» ، «قائمة النشاط القهري» ، «قائمة بادوا» ، و«مقياس فيل - براون للوسواس القهري» .

وفي اللغة العربية يتاح عدد من المقاييس المترجمة ، فضلاً عن مقياس مؤلف تحت عنوان : «المقياس العربي للوسواس القهري» من وضع كاتب هذه السطور ، وله صيغتان عربية وإنجليزية ، والمعالم القياسية (السيكومترية) له جيدة ، وقد طبق على عدد كبير من المحبوثين الأسوياء والمرضى في عدد من الدول العربية بالإضافة إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأسبانيا . ويعرض الفصل التالي لبداية هذا الاضطراب وسيره .

* * *

الفصل السادس

بداية الاضطراب وسيره ومآله

تمهيد :

يجب أن نتعرف بداية اضطراب الوسواس القهري وخط سيره حتى نفهمه حق الفهم ، ولذا يعرض هذا الفصل معدلات انتشار الاضطراب ، ومن المريض عند بداية المرض ، وكيفية بدايته وخط سيره ، والعوامل المرسية للاضطراب وسوابقه ، مع إيراد بعض الدراسات التتبعية والمآل . ونبدأ بعرض معدلات انتشار الاضطراب .

معدلات الانتشار

بدأ علم الأوبئة Epidemiology بدراسة التوزيع الاجتماعي للأمراض الجسمية ثم امتد ليشمل الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية بأوسع معنى للمصطلح . ويفرق مصطفي سويف (١٩٩٠ ، ص ٩) - في هذا المجال - بين المصطلحات المهمة الآتية :

١ - الانتشار Prevalence : ويقصد به عدد الحالات المصابة بمرض أو اضطراب معين في مجتمع معين . ويفرق عادة بين نوعين من الانتشار هما :

أ - الانتشار في لحظة Point Prevalence : وهو عدد الحالات في لحظة زمنية محددة وقت إجراء بحث ما في مجتمع بعينه .

ب - الانتشار في مرحلة Period Prevalence : وهو عدد الحالات في فترة زمنية محددة (سنة مثلاً) في مجتمع معين .

٢ - الإصابة Incidence : عدد الحالات المرضية أو حالات الاضطراب التي تظهر جديدة في مجتمع محدد ، خلال فترة زمنية محددة (شهر أو سنة مثلاً) .

٣ - المعدل Rate المقام الذي تنسب إليه التقديرات الكمية للانتشار أو الإصابة (١٠٠ أو ١٠٠٠) .

ويجب أن نفرق كذلك بين معدلات انتشار Prevalence rates اضطراب الوسواس القهري في الجمهور العام Population وفي المرضى الذين يحققون المحكات الشخصية للاضطراب من بين مرضى الطب النفسي بوجه عام .

وكان يشار إلى اضطراب الوسواس القهري حتى عام ١٩٨٤ بأنه مرض نادر ، ولكن بعض الدراسات المسحية التي أجريت بعد ذلك بينت أن انتشار اضطراب الوسواس القهري في المجتمع أعلى بكثير من التقديرات المنشورة السابقة (Rasmussen & Eelen, 1989) . وغالبا ما تكون الطبيعة السرية للتكتمة للمرضى المصابين بهذا الاضطراب أو شعورهم بالخوف أو الخزي ، أو غرابة سلوكهم هي أسباب تناقص تقديرات حدوثه .

لقد بينت البحوث المبكرة أن نسبة الحدوث لا تزيد على ١٠,٥ ٪ في الجنس القوقازي ، وعدته الدراسات المبكرة أندر الأمراض في مجال الطب النفسي ، وقدرته بحوث أخرى مبكرة أيضا بأنه يمثل ما لا يزيد على ١٪ من جمهور المرضى في مجال الطب النفسي سواء أكان ذلك في العيادات الخارجية أم المرضى داخل المستشفى ، وما لا يزيد على ٤٪ من كل المجموعة العصابية (Templer, 1972) .

ولكن الدراسات الأحدث كشفت عن معدل انتشار للوسواس القهري يصل إلى ٢,٥ ٪ طوال الحياة ، واتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الاضطرابات النفسية الطبية شيوعاً ، فبعد المخاوف المرضية ، وسوء استخدام المواد ، والاكتئاب الأساسي يأتي اضطراب الوسواس القهري (Kyrnos, et al., 1996) .

لقد أصبح من المعروف الآن أن هذا الاضطراب من بين أكثر الاضطرابات النفسية الطبية شيوعاً ، وقد سلطت الأضواء عليه حديثاً بعد نشر بعض الكتب التجارية (مثل كتاب «جوديث ريبورث» (Rapoport, 1989) : «الولد الذي لا يستطيع أن يوقف الغسل») ، كما أسهمت هذه الكتب في جذبته إلى مركز اهتمام الجمهور العام (Hollander, 1995, p.1) .

وتتراوح تقديرات معدلات انتشاره طوال الحياة بين ٢٪ و ٣٪ من السكان ، ولكن هذه الأرقام تشير إلى أناس لديهم أعراض وسواسية قهرية فحسب دون أن يحققوا المحكات التشخيصية ، وربما تتراوح نسبة من يحقق المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب بين ١٪ ، و ٢٪ (Hollander, 1993,p.6) .

وفي إحصاء قومي أمريكي أجرى عام ١٩٨٤ اتضح أن اضطراب الوسواس القهرى أكثر انتشاراً بمقدار ٥٠ إلى ١٠٠ مرة مما كان يعتقد سابقاً ، وأن انتشاره مدة ستة أشهر يصل إلى ١٦٪ ، وانتشاره طوال الحياة ٢,٥٪ ، وأن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهرى ضعف معدل انتشار اضطراب الهلع أو الفصام . وكشفت دراسة كندية على ٢٥٨ ، ٣ فرداً أن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهرى طوال الحياة يصل إلى ٣٪ (ص ٩-١٠) . وقد وجد مصطفى السعدنى أن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهرى في مدينة الإسكندرية بمصر يصل إلى ٣,٤٨٪ من الجمهور ، وذلك اعتماداً على مقابلة ٤٣٦ ، ٢ مبحوثاً تمثل ثلاثين تجمعاً (ص ١٠٣) (El-Saadany, 1966).

وأجريت دراسة فى قسم الطب النفسى بجامعة عين شمس بالقاهرة عام ١٩٦٨ على ألف مريض نفسى تقدموا إلى عيادة الجامعة ، واتضح أن معدل حدوث اضطراب الوسواس القهرى ٢,٥٪ . وكشف تكرار للدراسة عام ١٩٩٤ عن ثبات معدل الحدوث على ٢,٣٪ مشيراً إلى ثبات الاضطراب (Okasha et al., 1994) .

وقد كشفت دراسة مسحية شاملة عن معدل انتشار قدره ٢,٦٪ لاضطراب الوسواس القهرى ، إلا أن الوسواس والقهرى يوجد كل منهما على متصل Continuum مثل جميع أشكال اضطرابات القلق ، فقد وجد «راندى فروست» وصحبه أن نسبة تتراوح بين ١٠٪ ، و ١٥٪ من طلاب الجامعة الأسوياء يقومون بسلوك المراجعة بدرجة كبيرة تكفى لوضعهم فى المدى الخاص بالمرضى باضطراب الوسواس القهرى (Barlow & Durand, 1995,p. 198) .

وأجرى «فلانت» Flament وزملاؤه دراسة مسحية على خمسة آلاف طالب

وطالبة بتطبيق قائمة «لايتون» للوسواس ، واتضح أن ١١٤ منهم (٨٪) لهم درجات أعلى من المعدل أو نقطة القطع التي حددت سلفاً . ثم أجريت مقابلة شخصية لهؤلاء الطلاب (ن=١١٤) بواسطة طبيب نفسى متخصص فى اضطراب الوسواس القهرى للطفولة ، فظهر أن ١٥ منهم (٣, ٠٪) من الخمسة آلاف طالب حققوا المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل .

ومن الجدير بالذكر أن متوسط أعمار هذه المجموعة كان ١٥, ٤ عاماً ، فى حين أن متوسط العمر الذى يبدأ فيه المرض هو ١٩, ٦ عاماً ، ويجتمع هذا العامل مع سرية الاضطراب وتكتمه ليشير إلى أن هذا الرقم أقل من معدلات الانتشار الحقيقية .

ومن ناحية أخرى اتضح من دراسة فى عيادة لأمراض الجلد أن ٣٧٪ من المرضى المشخصين بالتهاب الجلد Dermatitis يعانون من اضطراب الوسواس القهرى الأولى دون أن يكشف أى منهم عن هذا الاضطراب لطبيب الأمراض الجلدية ولا الطبيب الباطنى (Rasmussen & Eisan, 1989) .

وقد قيس نسبة انتشار الاضطرابات الوسواسية القهرية فى خمسة مجتمعات محلية فى الولايات المتحدة الأمريكية بين أكثر من ١٨, ٠٠٠ شخص تمت مقابلتهم فى بيوتهم ، وكانت هذه الدراسة جزءاً من برنامج «منطقة المسح الوبائى» Epidemiological Catchment Area (ACA) الذى قام به المعهد القومى للصحة النفسية . وتفاوتت نسبة الانتشار الكامل لهذه الاضطرابات بين ٩, ١٪ و ٣, ٣٪ فى المجتمعات الخمسة : وهو معدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار ٢٥ إلى ٤٠ مرة .

إن معدلات الانتشار فى دراسة منطقة المسح هى «معدلات عمرية» Lifetime rates ، أى المعدلات التى يمكن توقعها فى مجموعة من الأفراد المساوين فى عمرهم الزمنى لأفراد المجموعة المدروسة ، وذلك فى نهاية عمرهم . وقد دعمت هذا المعدل دراسة لأكثر من ٥, ٠٠٠ طالب من المدارس الثانوية العليا ، وتبين أن «الانتشار التراكمى»

Cumulative prevalence للاضطراب الوسواسي القهري بين أفراد هذه المجموعة الأقل عدداً من الأولى بلغ نسبة تقارب ١٪ . فإذا صحت هاتان الدراستان أمكن القول : إن ما بين ٤ و ٦ ملايين نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون هذا الاضطراب (ريوبورت ، ١٩٨٩) .

وأخيراً يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM - IV للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين معدلات حدوث اضطراب الوسواس القهري - اعتماداً على الدراسات المجتمعية - بأنه ٥ ، ٢٪ طوال الحياة ، أما معدلات الحدوث في سنة واحدة فتتراوح بين ١ ، ٥٪ و ١ ، ٢٪ (APA, 1994, p. 420) . ولأسباب كثيرة يمكن الاعتماد على هذه الإحصاءات الأخيرة .

إحصاءات المستشفيات :

فيما يختص بمعدلات انتشار هذا الاضطراب اعتماداً على إحصاءات المستشفيات فقد ظهر أن معدلات حدوث اضطراب الوسواس القهري لدى جمهور المرضى في المجال الطبي النفسي من الراشدين والأطفال تتراوح بين ٥ ، ١٠٪ ، و ٤ ، ١٠٪ من المرضى الداخليين الذين يعالجون في المستشفيات الطبية النفسية العامة (Rasmussen & Tsuang, 1984) . في حين يذكر «فاندنبرج» وصحبه أن نسبة تتراوح بين ٣ ، ٦٪ من المرضى في العيادات الخارجية للطب النفسي وسواسية قهرية (Vandenberg, et al, 1986, p.157) . وقد وجد «عكاشة» أن الوسواس القهري يمثل ٦ ، ٢٪ من المجموع الكلي للمرضى النفسيين في العيادات النفسية في مصر ، في حين يذكر «راسموسن» وصحبه أن ١٠ ، ١٪ من كل المرضى الخارجيين في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم أعراض وسواسية قهرية واضحة (El-Saadany, 1996, p.9) .

وترجع الفروق بين الإحصاءات إلى أسباب كثيرة أهمها : نوع العينة المستخدمة وطريقة التشخيص المتبعة .

عمر المريض عند بداية المرض

يبدأ اضطراب الوسواس القهري عادة في المراهقة والرشد المبكر ، وهو يشبه في ذلك معظم اضطرابات القلق والاكتئاب البسيط . وفي سلسلة قوامها ثمانى دراسات عن اضطراب الوسواس القهري اتضح أن ٨١٪ من الحالات بدأ المرض لديها بين عمرى ١٠ ، و ٤٠ عاماً (منها ٢١٪ بين عمرى ١٠ ، و ١٥ عاماً) ، ومتوسط السن الذى يبدأ فيه المرض من ٢٠-٢٥ عاماً ، وفي ١٠٪ تبدأ الحالات قبل سن العاشرة ، و ٩٪ بعد سن الأربعين . وفي سلسلة أخرى من الدراسات اتضح أن معظم حالات اضطراب الوسواس القهري تبدأ بين ١٠ ، و ٣٠ عاماً . ويوجد لدى عدد أكبر من الذكور بداية مبكرة للمرض (من ٥ إلى ١٥ عاماً فى إحدى الدراسات) فى حين أن عدداً أكبر من الإناث يبدأ المرض لديهم متأخراً (من ٢٦ إلى ٣٥ عاماً فى الدراسة نفسها) (Marks, 1987, p. 423) .

وفي مسح آخر للدراسات ظهر أن متوسط سن بداية الأعراض يقع حول ٢٠ عاماً تقريباً لدى كل من الجنسين ، ويطور ٦٥٪ تقريباً من الوسواسيين المرض قبل سن ٢٥ عاماً ، ولكن تبدأ الأعراض لدى بعض المرضى مبكرة جداً فى عمر السادسة . وتكون بداية اضطراب الوسواس القهري لدى أقل من ١٥٪ من المرضى بعد عمر ٣٥ عاماً (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

ويورد «كابلان ، وصادوك» (Kaplan & Sadock, 1991, p. 407) الإحصاءات

الآتية :

- أكثر من ٥٠٪ من المرضى تبدأ لديهم الأعراض قبل سن ٢٤ عاماً .
- فوق ٨٠٪ من المرضى تبدأ لديهم الأعراض قبل سن ٣٥ عاماً .
- متوسط عمر بداية المرض = ٢٠ عاماً .

وظهر أن العمر الشائع (المتوالى) لبداية اضطراب الوسواس القهري فى عينة إكلينيكية من الأطفال هو سبعة أعوام ، وأن متوسط عمر بداية الاضطراب هو عشر سنوات . وعيّل الأولاد المصابون بهذا الاضطراب إلى أن تكون بداية

اضطرابهم قبل البلوغ ، وأن يكون لديهم أحد أفراد الأسرة مصاباً بالاضطراب نفسه أو بزملة «توريت» (انظر الفصل العاشر) ، في حين أن البنات يغلب أن تكون بداية الاضطراب عندهن خلال المراهقة (Foa, *et al.*, 1998, p.370). وأكدت دراسات كثيرة أن بداية أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد سن الخمسين تعد نادرة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 23).

وقد ورد في مرجع أحدث أنه من المدهش أن نتائج سن بداية اضطراب الوسواس القهري متسقة بين الدراسات على الرغم من حقيقة استخدام كل منها لحكات تشخيصية مختلفة واختلاف نوعية الأفراد الذين درّسوا (عينات مرضى مقابل عينات في دراسات مسحية وبائية) ، فقد كشفت أن المرض يبدأ لدى الذكور مبكراً عن الإناث ، وقد فحصت بعض الدراسات العوامل التي يمكن أن تؤثر في هذه النتيجة .

كما اتضح أن عمر بداية الاضطراب يختلف لدى النساء اللاتي أُنجبن مقابل من لم تنجب ، فكان عمر بداية الاضطراب لدى من أُنجبن أكثر تبكيراً ، فكان أصغر عمراً ، كما اتضح في هذه الدراسة أن هناك قمتين Peaks لمتوسط عمر بداية الاضطراب لدى النساء ، بحيث تبدأ القمة الأولى في الأعمار ٢٢ ، و ٢٤ ، والثانية بين عمري ٢٩ ، و ٣١ . كما ظهر أن العمر عند بداية الاضطراب يختلف تبعاً لاختلاف النوع الفرعي للوسواس والأفعال القهرية (Antony, *et al.*, 1998). وفي الوقت الذي تشيع فيه البداية المبكرة للمرض لدى الرجال فإنها ترتبط بالسلوك القهري المتعلق بالمراجعة ، في حين أن شيوع البداية المتأخرة للمرض عند النساء يرتبط بالسلوك القهري المتعلق بالنظافة (Davison & Neale, 1996, p.150). وقد بين عدد من الدراسات أن معدل حدوث اضطراب الوسواس القهري يميل إلى التناقص إلى حد ما بزيادة عمر الأفراد ، والسبب في هذا التناقص غير واضح تماماً ، وبين جدول (٢٣) العمر عند بداية المرض (Antony, *et al.*, 1998).

جدول (٢٣): العمر عند بداية اضطراب الوسواس القهرى
لدى الراشدين تبعاً لمختلف الدراسات

الدراسة	العينة	متوسط سن بداية الاضطراب		
		رجال	نساء	رجال ونساء
١- بيركى وزملاؤه (١٩٩٠)	مصحية (٥٨٥ وسواسي)	٢١	٢٤	٢٣
٢- كاسل وزملاؤه (١٩٩٥)	مرضى (ن=٢١٩)	٢٢	٢٦	٢٤,٣
٣- لينسي وزملاؤه (١٩٩٦)	مرضى (ن=٢٦٣)	٢١,١	٢٤,٣	٢٢,٩
٤- مينشيللو وزملاؤه (١٩٩٠)	مرضى (ن=١٣٨)	١٩,٨	٢٤,٦	٢٢,٣
٥- نوشيرفاتي وزملاؤه (١٩٩١)	مرضى (ن=٣٠٧)	٢١	٢٤	٢٢,٧
٦- راسميسون وتسانج (١٩٨٦)	مرضى (ن=٤٤)	١٥,٥	٢٢,٩	١٩,٨
٧- ثاى وزملاؤه (١٩٨٥)	مرضى (ن=٢٧)	-	-	٢٥,٦
المتوسط		٢٠,١	٢٤,٣	٢٢,٩

بداية الاضطراب وخط سيره

من الملاحظ أن كثيراً من لعب الأطفال له طبيعة تكرارية مثل المشى على حافة الرصيف، وتجنب الشقوق، أو الطرق بطريقة إيقاعية بعضاً على السياج (السور) الذى يمرون به، وطريقة معينة فى الصعود على السلم، وفى دخول الشقة، وتصيح هذه الأنواع من السلوك مرتبطة بالخيال والأفكار المتصلة بالخير والشر.

وإن دخول الطفل إلى منزله دون ممارسته طقوس تسبق السلم التى اعتاد عليها مثلاً يمكن أن يعدها أمارة لسوء الحظ أو الشر، وقد يكون الطفل مقتنعاً بأن هذه الأفكار لا معنى لها، ولكنها مازال تعمل بعض الصديق بالنسبة له، وبعد مدة تؤكد هذه الأفعال

وتدعمها قوة العادة ، ويصبح هناك قهر قوى جدا يجبر الطفل على الاستمرار في هذه المجموعة من الطقوس ، إلى الدرجة التي تصبح فيها هذه الطقوس أمرة وإلزامية حتى ضد المطالب الملحة التي يعبر عنها والدان بقوة وضد رغبات الطفل نفسه في أن يستعيد حريته في الفعل والعمل . وتلك هي الطريقة الشائعة لبدء الوسواس لدى الأطفال . والقاعدة العامة أن يتخلص الطفل من هذه العادات الطفولية ، ويكون لها علاقة بسيطة بالتطور التالي في الشخصية .

ويعد الاعتقاد في الخرافات لدى الراشد قريباً جداً من الأعراض القهرية للطفل السوي ، ومن الملاحظ أن هذا الاعتقاد أمر لا ضرر منه ولا معنى له (مثل سكب الملح على المنضدة) . ومثل هذه الخرافات في الحقيقة ذات طبيعة قهرية ، ولكنها تظهر شائعة لدى جميع الناس الأهوياء وتدعم عن طريق الإشراف ، وهي غفل من التسوية العقلية (Mayer- Gross, et al., 1960, p. 149f) .

وفيما يختص ببداية Onest الاضطراب فقد تكون غادرة مأكرة Insidious عبر السنين ؛ أى : أن الاضطراب ينمو بشكل تدريجي إلى حد أنه يرسخ قبل أن يكتشف ، ولكن البداية الأقل شيوعاً هي الفجائية خلال ساعات قليلة ، أو التي يحدث فيها تفاقم حاد لمشكلات تتجمع ببطء . وبعض المرضى تحدث لهم فترات اضطراب مختلفة الطول وتنقش تماماً قبل أن يصبح الاضطراب مزماً . وكشف أحد التحليلات التي قام بها «ريمان ، وهودجسون» أن بداية التنظيف القهري تكون فجائية عادة ، في حين تكون بداية المراجعة القهرية في العادة تدريجية ، ولكن هذه النتيجة تحتاج إلى تكرار .

وفي ثلاث دراسات لخصها «بلاك» كان سير Course المرض في البداية ثابتاً أو يسوء بشكل ثابت في ٥٧٪ من الحالات ، وكان مرحلياً على فترات في ١٣٪ منها ، ومتذبذباً في ٣٠٪ . ويحدث تحسن Remission للاضطراب نتيجة للنظم الدينية أو العسكرية . وتحدث الانتكاسات Relapses بعد التعب ، أو الاكتئاب ، أو أى مسببات للقلق ، أو عودة الظروف التي أثارت المشكلة بادية ذى بدء (Marks, 1987, p.426) .

- ويورد «كابلان ، وصادوك» (Kaplan & Sadock, 1991, p. 407) الإحصاءات الآتية عن بداية الأعراض وغيرها :
- من ٥٠٪ إلى ٧٠٪ من المرضى تقريباً بدأت الأعراض لديهم بعد حادث ضاغط كالحمل ، أو مشكلة جنسية ، أو موت قريب .
 - هناك بداية حادة لدى أكثر من نصف الحالات .
 - لأن كثيراً من المرضى يهتمون بالاحتفاظ بأعراضهم سرا فهاك تأخر من ٥ إلى ١٠ سنوات قبل الذهاب إلى الطبيب .
 - متوسط عمر الدخول إلى المستشفى ٣٠ عاماً .

وعلى الرغم من أن اضطراب الوسواس القهري يبدأ عادة في المراهقة أو الرشد المبكر فإنه يمكن أن يبدأ في الطفولة ، ويشير مصطلح العمر المتوالي Modal age إلى السن التي تحدث فيها الأكثرية العظمى من الحالات ، وقد بينت الدراسات أن العمر المتوالي لبداية Onset الاضطراب أكثر تبايناً لدى الذكور بالنسبة إلى الإناث : من ٦-١٥ سنة عند الذكور ، ومن ٢٠ إلى ٢٩ سنة لدى الإناث . والبداية تدريجية في معظم الحالات ، ولكن لوحظت البداية الحادة Acute في بعض الحالات . ويتسم مجرى الاضطراب وسيره لدى معظم الأفراد بأنه مزمن Chronic ، ويزيد وينقص Waxing and waning ، مع تفاقم الأعراض التي يمكن أن ترتبط بالضغط ، ويكشف ١٥٪ من المرضى عن تدهور متزايد Progressive في الوظائف المهنية والاجتماعية . ومجرى الاضطراب وسيره لدى ٥٪ من المرضى «يحدث على فترات» Episodic ، مع أعراض قليلة أو لا أعراض مطلقاً بين الفترة الواحدة والتي تليها (APA, 1994, p. 420) .

موجز القول إن الاضطراب يحدث عادة بشكل تدريجي ، ويبدأ من المراهقة أو الرشد المبكر ، وتصف حالة وسواس الألوان (انظر ص ٢٠٦) البداية الغامضة والتدرجية النمطية لاضطرابها كما يلي :

«من الصعب القول بدقة متى بدأ الوسواس ، إن الوسواس الخاص بالألوان لدى

يجب أن يكون قد بدأ لمدة سنتين بشكل تدريجي جداً ، وقد لاحظته يتطور بشكل كامل خلال الاثنى عشر عاماً الماضية عندما أصبح أسوأ ، فأصبحت لا أستطيع أن أنظر إلى ألوان معينة ، ولا أستطيع أن أستحم ، ولا أقوم بأى طبخ ، وكان يعين على أن أكرر نشاطات كثيرة مراراً وتكراراً . . . » .

«أعتقد أن المشكلة كلها بدأت منذ سنتين معينة عندما أصبت بنوع من الانهيار العصبي ، وفي البداية أصبحت ساخنة جداً ، ويبدو أن ذلك قد حدث طوال الليل بطريقة ما ، وكنت في السرير ، واستيقظت وأنا أشعر بحرارة شديدة ، وقد ارتبط ذلك بوسواس كان عندي خاصاً بأمي المريضة فى هذا الوقت ، وأصبحت خائفة على صحتها ، وعندما أنتنى فكرة مرعبة من أنها يمكن أن تصاب بحادث أو بمرض خطر ، فإن هذا الإحساس المرعب والحار استبدّ بي» (Rosenhan & Seligman, 1995, p.270) .

العوامل المرسبة للاضطراب

تختلف طبيعة العوامل المرسبة Precipitating factors كثيراً ، ولقد تحدتت عوامل مرسبة واضحة في ٦٠٪ تقريباً من الحالات ، فيحدث الاضطراب عادة بعد حادث ضاغط معين مثل : الحمل ، وولادة طفل ، والعوامل الجنسية ، وموت قريب حميم ، أو مشكلة أسرية ، أو مشكلات في العمل ، وهذه العوامل ترتبط كثيراً بالوسواس القهري أكثر من غيره من الأمراض الطبية النفسية (Davison & Neale, 1996, p.150 ; Rasmussen & Tsuang, 1984) .

ومن ناحية أخرى فإن الضغوط Stress تؤدي إلى تفاقم أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى كل المرضى ، وقد تثير ضغوط الحمل أعراض اضطراب الوسواس القهري عند بعض النساء (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 24) .

وظهر أن العوامل المرسبة Precipitants لاضطراب الوسواس القهري تتراوح بين ٣٠٪ ، و ٦٩٪ من الحالات في مختلف الدراسات التي عرضها «بلاك» ، ولكن

ظهر أن هذه العوامل تتراوح أيضاً بين ٥٥٪، و٥٨٪ لدى الأنواع الأخرى من العصاب، وكذلك العينات الضابطة. ويذكر «ماركس» أنه من بين الـ ٨٣ حالة في الوحدة العلاجية التي يرأسها ظهر أن مضطربى الوسواس القهري لديهم مزيد من حوادث حياة Life events في العام السابق لبداية مرضهم، وذلك بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة السوية (Marks, 1987, p. 426). ويختلف ذلك عن نتائج أخرى (Vandenberg, et al., 1988, p. 158) تذكر أنه لا تتاح دراسات تؤكد العلاقة بين ضغوط الحياة والسلوك الوسواسي القهري، ولكن الأفضل أن يقال إن هناك أفراداً معينين مهيبين لهذا الاضطراب نتيجة لعوامل وراثية، في حين أن غيرهم يمكن أن يصبحوا وسواسيين أو قهريين نتيجة لخبرات تعلم معينة تعرضوا لها.

وفي دراسة عربية أجرتها نجمة الخرافي (١٩٨٥، ص ص ١٨٨-١٩٩) تلخصت العوامل المرسبة لدى عينة من مرضى الوسواس القهري الكويتيين والخليجيين فيما يلي: مرض عزيز، وفاة عزيز، حوادث للمقربين، حادث للمريض نفسه، مشكلات زوجية، مشكلات في العمل، ضغوط مادية، ضغوط حضارية، ضغوط أسرية.

ويبين جدول (٢٤) أهم السوابق التطورية Developmental antecedents للمرض.

جدول (٢٤): السوابق التطورية الشائعة أو سمات قبل المرض

لدى مرضى الوسواس القهري الراشدين

- ١- قلق الانفصال.
- ٢- مقاومة التغير أو الجنب.
- ٣- تجنب المخاطرة.
- ٤- التناقض.
- ٥- الانغماس الزائد في العمل.
- ٦- التفكير السحري.
- ٧- المستويات الأخلاقية المرتفعة.
- ٨- الكمالية (محاولة تحقيق الكمال).

وتتميز هذه السمات الثماني التاريخ الطفلي لهؤلاء المرضى ، وتميل هذه الحاصل إلى أن توجد لدى معظم المرضى لدى مقابلتهم ، فضلاً عن مقاومتها للتغيير عبر سنى التطور ، والمرضى الذين يكشفون عن هذه السمات قبل المرضية Premorbid ولكن لا يستجيبون بشكل إيجابي للأسئلة المتعلقة بالوسواس القهري يجب أن يطبق عليهم استخبار أو قائمة مفصلة (Rasmussen & Eisen, 1989) .

التبع والمآل

أجريت دراسات تتبعية Follow up لمرضى الوسواس القهري ، ويستعرض «راسميويسن» وزملاؤه الدراسات التى أجريت في هذا المجال بين عامى ١٩٣٦ ، و١٩٨٣ ، ويستنتجون أن الفكرة القائلة إن اضطراب الوسواس القهري مزمن ، وله مجرى أو مسار Course مؤد إلى التدهور (وهى الفكرة التى مازال يعتنقها كثير من الأطباء النفسيين) لا تؤيدها الأدلة . وقسم «جودوين» وصحبه مسار اضطراب الوسواس القهري إلى ثلاث فئات :

- ١- مسار متواصل غير منقطع أو مزمن .
- ٢- مسار مرحلى مع فترات من الشفاء التام .
- ٣- حدوث المرض على مراحل ، مع فترة من الشفاء غير التام ولكنه يسمح للفرد بأن يقوم بوظائفه الاجتماعية على نحو طيبى .

ويقع معظم المرضى فى الفئة الأخيرة ، ويكشف ١٠٪ من المرضى تقريباً عن مسار للمرض يتسم بتدهور مستمر ، ومن العوامل التى يمكن أن تنبئ بنتيجة مرغوبة ومآل

Prognosis حسن للمرض ما يلى :

- ١- الأعراض الخفيفة أو غير النمطية .
- ٢- الدوام القصير للأعراض قبل العلاج .
- ٣- التطور الصحيح قبل المرض .

وقد بينت دراسة «جودوين» وزملائه أنه ليس لدى مرضى الوسواس القهري خطر متزايد للوقوع في كل من: الانتحار، أو القتل، أو الإدمان على الكحول، أو الإدمان على العقاقير، أو الفصام، أو السلوك المضاد للمجتمع (Rasmussen & Tsuang, 1984).

قام «ماوسون» وزملائه (Mawson, et al., 1982) بدراسة تتبعية لأربعين مريضاً وسواسياً مزمناً يعانون من الطقوس القهرية، قسموا عشوائياً إلى مجموعتين: تلقت الأولى عقار «كلومبرامين» وأعطيت الثانية عقاراً زائفاً Placebo، واستغرق ذلك مدة ٣٦ أسبوعاً. وتلقى كل المرضى علاجاً سلوكياً يتضمن التعرض الفعلي Exposure in vivo مع منع الاستجابة Response prevention (لمدة ٣٠ أو ١٥ ساعة) (انظر الفصل الثالث عشر).

وعند تتبع هذه الحالات بعد عامين ظهر أن هناك تحسناً ملحوظاً في الطقوس القهرية، والمزاج، والتوافق الاجتماعي لدى كل المجموعات. وكان تناقص الطقوس أكبر في المجموعة التي تلقت ثلاثين ساعة من التعرض بالمقارنة إلى من تلقوا خمس عشرة ساعة، ولم يحدث تأثير للعقار في الطقوس القهرية عند تتبع الحالات بعد عامين، وشمل التحسن ٨٠٪ من المرضى.

وقد تتبع «طومسون» عام ١٩٩٥ (٤٧) طفلاً مريضاً بالوسواس القهري حتى مرحلة الرشد، وعلى الرغم من أن عمر بداية الاضطراب لم ينبئ بمسار Course الاضطراب فإن شدة الأعراض في الطفولة كانت منبئة بشدة اضطراب الوسواس القهري في الرشد (Rosenhan & Seligman, 1995, p.24).

وتشير التقارير إلى أن من ٢٠ إلى ٣٠٪ من المرضى تقريباً تحسّن أعراضهم تحسناً واضحاً، وأن من ٤٠ إلى ٥٠٪ لديهم تحسن متوسط، وأن من ٢٠ إلى ٤٠٪ يظلون مرضى أو تسوء أعراضهم، ويطور ثلثهم الاكتئاب (Kaplan & Sadock, 1991, p. 407).

ملخص

عرض هذا الفصل لبداية اضطراب الوسواس القهري وسيره ومآله ، والحقيقة الواضحة فيما يخص معدلات انتشاره هي أن الإحصاءات المبكرة قد أوردت معدلات منخفضة بما يشير إلى أنه اضطراب نادر ، وغالباً ما تكون الطبيعة السرية المتكتمة لهؤلاء المرضى أو شعورهم بالخوف أو الخزي ، أو غرابة سلوكهم هي أسباب تناقص تقديرات حدوثه . ولكن الإحصاءات الأحدث كشفت عن معدل انتشار للوسواس القهري يصل إلى ٢,٥ ٪ طوال الحياة ، واتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الاضطرابات النفسية الطبية شيوعاً ؛ أي بعد المخاوف المرضية ، وسوء استخدام المواد ، والاكتئاب الأساسي .

والمتوسط التقريبي لعمر المضطربين عند بداية الاضطراب هو ٢٠ عاماً للذكور ، و ٢٤ عاماً للإناث ، بحيث يبدأ المرض لدى الذكور مبكراً عن الإناث ، ويميل معدل حدوث الاضطراب إلى التناقص بزيادة عمر الأفراد . ويبدأ الاضطراب عادة بشكل تدريجي ، ولكن البداية الفجائية نادرة الحدوث ، وتحدث غالباً بعد حادث ضاغط .

وقد قسم مسار هذا الاضطراب إلى ثلاث فئات : ١ . مزمن ، ٢ . مرحلي مع فترات من الشفاء ، ٣ . حدوث المرض على مراحل مع فترة شفاء غير تام ولكن يسمح للفرد بأن يقوم بوظائفه الاجتماعية على نحو طبيعي . وفيما يختص بمآل المرض فإن التقارير تشير إلى أن من ٢٠ ٪ إلى ٣٠ ٪ من المرضى تقريباً تحسن أعراضهم تحسناً واضحاً ، في حين يطور ثلث المرضى الاكتئاب . ويعرض الفصل السابع لاضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين .

الفصل السابع

الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين

تمهيد :

عرضنا في الفصول السابقة أهم جوانب اضطراب الوسواس القهري ، وينطبق ما عرض في هذه الفصول على الراشدين في المقام الأول ، ولا شك في أن هناك تشابهاً غير قليل في هذا الاضطراب بين الراشدين وكل من الأطفال والمراهقين ، ولكن المجموعتين الأخيرتين تتسمان أحياناً بخصال معينة تسوغ إفراد فصل مستقل لهما ، ولا ننسى أن بداية اضطراب الوسواس القهري في الطفولة والمراهقة تكشف عدداً من الفروق بين المضطربين في هاتين المرحلتين وغيرهم ممن بدأ الاضطراب عندهم في مرحلة الرشد ، ومن ثم فقد أفردنا فصلاً خاصاً للأطفال والمراهقين .

الوسواس القهري لدى الصغار

اضطراب الوسواس القهري واحد من أكثر الاضطرابات الطبية النفسية انتشاراً في الطفولة والمراهقة ، ودخل هذا الاضطراب إلى دائرة اهتمام المتخصصين في الصحة النفسية بسبب ميل هذا الاضطراب إلى شدة تمزيق الوظائف الدراسية والاجتماعية والأسرية لدى الطفل أو المراهق . ومع ذلك فعلى الرغم من انتشاره الكبير وإمراضه Morbidity في مرحلتي الطفولة والمراهقة فإن قليلاً من المصابين به في هذه المرحلة العمرية يتلقون التشخيص السليم ، كما أن قليلاً منهم يتلقون العلاج المناسب ، على الرغم من وجود العلاج المعرفي السلوكي والدوائي بشكل فعال في عشر السنوات الماضية (March & Leonard, 1998) .

وتشيع الطقوس القهرية وتعد عادية في مرحلة الطفولة الوسطى ، وتظهر على سبيل المثال في عدم ترحيب الأطفال بأن يمضوا على الشقوق بين الحجارة المرصوفة ،

والعادات النمطية للذهاب إلى السرير للنوم . . . إلخ . أما الاضطرابات الوسواسية الكاملة فهي نادرة في مرحلة الطفولة ، وعندما تحدث بشكل متكرر فيمكن النظر إليها على أنها محاولة للسيطرة على سلوك بقية أفراد الأسرة . . . ، ويمكن أن تمر الاضطرابات الوسواسية الخفيفة دون أن تلاحظ حتى فترة المراهقة المتأخرة أو بدايات الرشد ، إلى أن تؤثر بالتدريج في عمل الفرد وحياته (Leigh, Pare, & Marks, 1977, p. 262) .

إن اضطراب الوسواس القهري عند الأطفال يشبه بوجه عام نظيره لدى الراشدين ، وتشيع لدى الأطفال بوجه خاص طقوس الاغتسال ، والمراجعة ، والترتيب ، ولا يلتمس الأطفال عادة المساعدة ولا يطلبونها ، وربما لا تمثل الأعراض لديهم خرقاً لفكرتهم المثالية عن أنفسهم ، كما أنها ربما لا تعد مستهجنة معجوجة من ذواتهم ، ويكون الآباء عادة هم الذين يتعرفون المشكلة ، ويتوصلون إلى تحديدها عند أطفالهم ، ومن ثم يحضرون الطفل للعلاج . وقد أوردت الدراسات في هذا المجال حدوث تدهور تدريجي في الأعمال المدرسية بوصفه نتيجة ثانوية لتناقص القدرة على تركيز الانتباه . والأطفال - مثلهم في ذلك مثل الراشدين - يكونون معرضين إلى الاندماج في طقوسهم في المنزل أكثر من قيامهم بهذه الطقوس أمام أقرانهم ومدرسيهم أو الغرباء عنهم (APA, 1994, p. 420) .

معدلات الانتشار

يعد اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين - كما هو الحال عند الراشدين - أكثر شيوعاً بكثير مما كان يُعتقد ، ويصل معدل الانتشار لمدة ستة أشهر إلى واحد لكل ٢٠٠ طفل ومراهق تقريباً ، ومن بين الراشدين المصابين باضطراب الوسواس القهري فقد تطور من ثلثهم إلى نصفهم الاضطراب خلال الطفولة . ول سوء الحظ فإن الأطفال والمراهقين المصابين بهذا الاضطراب يعيشون حياتهم غالباً دون اكتشافهم ، فقد ظهر في إحدى الدراسات الوبائية أن أربعة فقط من ١٨ طفلاً مصاباً باضطراب الوسواس القهري يتلقون رعاية مهنية . ولم يُعرف بطريقة صحيحة أن أيّاً من هؤلاء الأطفال الثمانية عشر يعاني من اضطراب الوسواس القهري بما في ذلك أربعة الأطفال الذين خضعوا

لعلاج فى مراكز الصحة النفسية . ويؤكد ذلك فكرة «جينايك» عن اضطراب الوسواس القهرى بوصفه الاضطراب «الوبائي المستتر» Hidden epidemic .

ومن الأسباب التى قدمت لانخفاض عدد الحالات التى تشخص باضطراب الوسواس القهرى العوامل الخاصة بهذا الاضطراب مثل : السرية والتكتم ونقص الاستبصار ، والعوامل الخاصة بمقدمي الرعاية الصحية كالتشخيص غير الدقيق ، إما لقلّة الألفة بالاضطراب ، وإما لعدم الترحيب باستخدام العلاجات التى ثبتت فائدتها (March & Leonard, 1998) .

بداية الاضطراب في الطفولة

من الممكن أن يبدأ اضطراب الوسواس القهرى في الطفولة ، وتذكر «ريبيورت» (١٩٨٩) أنها صادفت في دراستها أطفالاً بدأت أفعالهم التكرارية الغريبة مبكرة منذ الثالثة من أعمارهم ، كالسير فى دوائر ، أو العد المستمر ، أو النقر مرات معينة ، وتكرار ذلك مرة تلو الأخرى ، وهى أفعال شعروا بأنهم مجبرون على أدائها ضد إرادتهم . ويقدم مثل هؤلاء الأطفال تفسيرات لسبب قيامهم بهذه الأعمال الغريبة . وعلى سبيل المثال ، شاهد «عمرو» في السابعة من عمره برنامجاً تلفزيونياً اتصل فيه سكان المريخ اللطفاء ببعض البشر ، ووضعوا أفكاراً غريبة في رؤوسهم . واستناداً إلى ما شاهد «عمرو» فى هذا البرنامج اتخذ قراره بقسر نفسه على أداء كل عمل بتسلسل رباعي ، إشارة لانتقاء سكان المريخ له «رجل اتصال» لهم على الأرض .

ويعد ستين من طقوس العد غير المشر لم يحدث أى اتصال بين «عمرو» وسكان المريخ ، فأقلع عن إعطاء هذا التفسير ، بيد أنه لم يتخل عن عادة العد المستمر . ومثله مرضى الاضطرابات الوسواسية القهرية الآخرون الذين لا يتقنعون عن سلوكهم الطقوسي الرتيب دون معالجة ، مع علمهم التام بأن هذا السلوك «أخيل» . ومع ذلك فغالباً ما تتطور الأعراض : من العد المستمر في الطفولة ، إلى طقوس الاغتسال في المراهقة ، وحتى إلى الأفكار الوسواسية مع بدء مرحلة الرشد . فلقد ابتدأ ما يقرب من

نصف إلى ثلث ضحايا اضطراب الموسواس القهرى جميعاً بممارسة هذه الأنماط السلوكية في الطفولة أو المراهقة (ريويورت ، ١٩٨٩) .

انظر إلى حالة الصبي الآتية :

حالة : الصبي الذى يدور إلى اليمين :

«هشام» طفل فى الثامنة من عمره ، فى المرحلة الثالثة من دراسته ، وكان يعد طفلاً سويّاً بكل المقاييس حتى وفاة جده لأمه . وكان «هشام» ملتصقاً - بشكل خاص - بهذا الجد ، الذى كان يصطحبه كثيراً إلى المتنزه ، حيث يقضيان ما بعد الظهر فى صيد السمك .

وقد استجاب «هشام» - فى البداية - لوفاة جده بعدم التصديق ، ثم انفجر فى البكاء فى جنازة جده ، ودار حول التابوت عدة مرات (إلى اليمين) بطريقة تبدو كما لو كان يحاول - بشكل ما - أن يصل إلى نقطة مناسبة يمكنه أن يلاحظ منها جده وقد عاد إلى الحياة ثانية .

ومرت بضعة أشهر بعد الجنازة لم يكن فيها نفسه فى الحقيقة ، فلم يد عليه أنه مكتئب ، وقرر معلّمه أنه يلعب بصورة جيدة مع بقية الأطفال ، ولكنه بدأ مشغولاً ، ولا يعلم أحد بالضبط موضوع انشغاله . وفى النهاية لاحظت أم «هشام» أنه يستغرق وقتاً طويلاً ليأخذ طريقه حول المنزل ، وأصبح كذلك عنيداً بصورة متزايدة ، وبخاصة عندما تكون الأسرة خارج المنزل ، ثم أصبح السبب فى بقاء «هشام» واضحاً ، فقد كان عليه أن يدور أو يتحرك فقط إلى اليمين .

وفى إحدى المرات حيث لم يكن «هشام» واعياً بأن أمه تراقبه ، فقد سار إلى اليمين حول منضدة المطبخ مرات ومرات ، وفى كل مرة يدور كان يعد بينه وبين نفسه ، وتوقف فى النهاية متنفساً الصعداء متنهداً . ومنذ هذه اللحظة فصاعداً ، إذا حاولت أمه أن تجعله يدور معها إلى اليسار فمن الممكن أن تصدر عنه نوبة غضب . وفى النهاية أصبح مفهومًا

أن «هشام» يرفض أن يدور إلى أى اتجاه إلا اليمين ، وكان ذلك تفسيراً لبطشه ، ولعظم سلوكه الذى يدل على المقاومة والمعارضة .

وعندما سئل «هشام» عن الدوران إلى اليمين أنكر فى البداية أنه يفعل الأمور بطريقة مختلفة عن الطريقة التى كان يفعلها بها عادة ، ولكنه أنفى بدخيلة نفسه أخيراً إلى أمه قائلاً : إنه يخاف كثيراً من احتمال أن يموت والده ، وأن الدوران إلى اليمين ، وبخاصة الدوران فى دوائر ، أحد الطرق لمنع ذلك من أن يحدث . وعلى الرغم من أن «هشام» رغب فى ألا يضطر إلى الدوران إلى اليمين ليحرس والده ويقيه الموت فإنه أصر على أنه كان معاوناً فى فعل ذلك . ولم يقم «هشام» أي رابطة بين موت جده ونشأة قلقه أو طقوس الدوران إلى اليمين لديه .

وتوضح هذه الحالة بطريقة دقيقة ملامح كثيرة تعد مشتركة فى البداية الطفلية لاضطراب الوسواس القهرى وهى :

١- زيادة أعداد الذكور فى المدى الصغير من الأعمار .

٢- الطقوس الحركية المرتبطة بالنقص الحسى .

٣- بداية الاضطراب بعد حادث ضاغط .

٤- نقص الاستبصار الشائع لدى صغار الأطفال .

وعلى العكس من اضطراب الوسواس القهرى ذي البداية المبكرة فى الطفولة فإن هذا الاضطراب الذى يبدأ فى المراهقة يحدث غالباً بنسب متساوية بين الذكور والإناث ، وتتضمن طقوس الاختسال استجابة لوساوس التلوث فيما يزيد على ٨٠٪ من المرضى ، ويزداد احتمال حدوث بداية تلقائية له .

وقد يمثل دوران «هشام» إلى اليمين بدلاً من اليسار استجابة شرطية (لقد دار إلى اليمين حول تابوت جده) ، ومن الجائز أن يمثل ذلك صورة خفية ومستترة من إهمال الجانب الأيسر ، وقد يعكس خللاً فى وظيفة نصف الكرة الأيمن لهذا الطفل . والدليل على الافتراض الأخير مفاده انتشار أعلى من المتوقع للعلامات الطفيفة soft signs والشذوذ الخاص بالأعصاب فى الجانب الأيسر ، والمتصلب بالعمليات البصرية المكانيّة لدى

جدول (٢٥) : أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين (ن=٧٠) *

الأعراض		العدد	%	الأعراض المذكورة في القائمة المبينة
الوسواس				
- تشغل البال بالقدرة أو الجرائم أو اللبقات (التوكيدات) البنية .				
- حدوث أمر مروع (حريق ، موت ، أو مرض الشخص نفسه أو إنسان محبوب) .				
- التناسق أو النظام أو الدقة .				
- شدة التورع (وسوس دينية) .				
- تشغل البال حيال مفزعات الجسم أو مفرغاته ، أو الاشتغال منها (البول ، البراز ، اللعاب) .				
- أرقام الخط أو التحص .				
- أفكار أو صور أو دفعات جنسية مخظورة أو عدوانية أو شريرة .				
- خوف من أن يؤذى الآخرين أو الذات .				
- تشغل البال حول الأدوات المنزلية .				
- أصوات أو كلمات أو موسيقى تطفلية لا معنى لها .				
الأفعال القهرية :				
- الإصرار في غسل الأيدي أو الاستحمام أو تنظيف الأسنان أو الهندمة ، أو اتباع أنماط طفوية مكررة فيها				
- تكرار الطقوس (المخرج من الباب ودخوله ، الجلوس أو الوقوف على المقعد) .				
- فحص (الأبواب ، الأقفال ، اللدغة ، مكبح الطلوي في السيارة ، مسار الصحيفة اليومية ، الواجب المنزلي) .				
- طقوس تجنب التماس بالملوثات .				
- التمس .				
- تدبير منع إيذاء الذات أو الآخرين .				
- تنظيم أو ترتيب .				
- العد .				
- طقوس الاختزان أو الجمع .				
- طقوس تنظيف المنزل أو الأشياء الجاهدة .				
- طقوس شتى (في الكتابة والتحرك والتكلم) .				

* لا طاق حاصل لجميع نسب التوبة يزيد على 21 ، وذلك لأن عدداً من المرضى يفرق أكثر من عرض واحد . جن : (ريويرت ، ١٩٨٩) . وقد حذفت الحسرة .

الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري . وقد ظهر كذلك أن هناك - لدى الراشدين - خللاً مشابهاً في الأعصاب يرتبط بالوسواسية الزائدة ، ومن المحتمل أن يؤدي ذلك إلى مقاومة العلاج بالعقاقير (Greist & Jefferson, 1995, pp.75-77) . وأخيراً فإن هذه الحالة توضح البداية المبكرة لاضطراب الوسواس القهري في الطفولة .

أعراض الاضطراب

هناك أعراض كثيرة مشتركة بين الأطفال والمراهقين والراشدين في اضطراب الوسواس القهري ، ولكن من الضروري أن نعتمد على دراسات واقعية لتعرف أعراض الاضطراب في الطفولة والمراهقة . ويبين جدول (٢٥) أكثر الأعراض تواتراً لدى ٧٠ طفلاً ومراهقاً قامت «ريسيوبورت» (١٩٨٩) وزملاؤها بتشخيص اضطراب الوسواس القهري لديهم .

ويبين جدول (٢٦) الوسواس والأفعال القهرية الشائعة لدى الأطفال والمراهقين في دراسة أحدث (نشرت عام ١٩٩٨) .

جدول (٢٦) : أهم أعراض اضطراب الوسواس القهري الشائعة عند الأطفال والمراهقين تبعاً للدراسة أحدث

الوسواس الشائعة	الأفعال القهرية الشائعة
١- التلوث .	١- الاغتسال .
٢- الإصرار بالذات أو بالآخرين .	٢- التكرار .
٣- موضوعات عدوانية .	٣- المراجعة .
٤- الأفكار أو الدفوعات الجنسية .	٤- اللمس .
٥- الشك والحيرة والتردد .	٥- العد .
٦- دفعات التناسق والتماثل .	٦- الترتيب .
٧- الحاجة إلى الحديث والسؤال والاعتراف .	٧- التخزين والادخار .

عن : (March & Leonard, 1998) .

وأكثر الوسواس شيوعاً لدى الأطفال والمراهقين - كما يتضح من جدول (٢٦) - هي الخوف من التلوث ومن الإضرار بالذات أو الإضرار بشخص معروف للمريض ، ودفعات التناسق والدقة ، أما الأفعال القهرية للمقابلة لهذه الوسواس لدى الأطفال فهي الاغتسال والتنظيف ، وتليها المراجعة والعد والتكرار واللمس .

ويمكن إثارة هذه الأعراض - في كل حالة تقريباً - بانفعال أو أكثر غير سار بما في ذلك الخوف والشك والاشمئزاز وأي دفعات أولية أخرى وما يسميه بعض الباحثين بعدم الاكتمال الحسي ، مثال ذلك أن طقوس الاغتسال يمكن أن تكون رد فعل لمخاوف التلوث أو استجابة للشعور باللزوجة ، فالأول مكون معرفي متصل بالخوف المرضي في الأصل ، في حين يحدث الأخير استجابة لاختلال حاسة اللمس *dysesthesia* وحتى دون مثير واضح . ومهما كان أصلها فإن معظم الأطفال يخبرون طقوس الاغتسال والمراجعة في وقت ما خلال سير المرض .

وتتغير أعراض اضطراب الوسواس القهري عادة عبر الزمن ، فكثير من الأطفال إن لم يكن معظمهم لديهم أكثر من عرض من أعراض اضطراب الوسواس القهري في أى وقت معين ، وكثير منهم سوف يجرب كل الأعراض التقليدية للوسواس القهري تقريباً بنهاية المراهقة ، أما أولئك الذين لديهم وسواس واحد أو فعل قهري واحد فقط فهم نادرون جداً (Ibid) . انظر إلى الحالة التالية :

حالة : «لقد حطم هذا الفريق حياتي» :

كان «تامر» هو الطفل الوحيد ، وكان يعيش مع أبيه وأمه ، ويبلغ من العمر ستة عشر عاماً ، وكان أصغر قليلاً من معظم أقرانه في الفصل الدراسي (في المرتبة الحادية عشرة) ، ويبدو أصغر منهم . وكان «تامر» من الناحية الدراسية طالباً متوسطاً ، ولكنه لم يكن كمعظم أقرانه من ناحية سلوكه الاجتماعي ، فكان يشعر بأنه مغترب تماماً عن بقية الأولاد ، وكان قلقاً جداً عندما يتكلم مع البنات ، وكان يكره وجوده في المدرسة ، ويحتقر كل شيء متصل بها .

ولم تكن حياته فى المنزل بأحسن حالاً من خبرته فى المدرسة ، فكان يتجادل مع والديه كثيراً ، وكانت علاقته بوالده بوجه خاص متقلبة ، وفى الحقيقة فقد آلت الأمور إلى مآل سيئ ومتوتر جداً إلى الدرجة التى كانت الأسرة كلها تعالج شهوراً عده .

وحدث حادث مربع أوصل المشاعر المريبة لدى «تامر» نحو المدرسة إلى الذروة ، فقد صمم «تامر» على الالتحاق بفريق سباق المضمار ، وكان «تامر» أخرق (غير بارع) وقدراته البدنية غير كافية للتنافس مع زملائه . وعندما كان يتدرب على رياضة سباق المضمار مع عدائي المسافات الطويلة الآخرين كان يصبح هدفاً لتكاثفهم .

وفى أحد الأيام أجبر أحد المتسابقين من زملاء الفريق «تامر» على أن يخلع ملابسه ، ويجرى عارياً من الشجيرات إلى ملجأ فى الحديقة ، وعندما ذهب «تامر» إلى هذا الملجأ وجد سروالاً (بنطلونا) قصيراً قديماً ، فارتداه ، وقفل راجعاً إلى حجرة الأدرج الخاصة باللاعبين .

وكانت هذه الخبرة مذلة ومخزية ، وبدأ «تامر» فى هذه الليلة فى القلق من ناحية البنطلون القديم الذى لبسه مضطراً ، من الذى تركه فى الحديقة ؟ هل كان قدراً ؟ هل تعرض لمرض مربع من جراء لبسه ؟ وترك «تامر» فريق سباق المضمار فى اليوم التالى ، ولكنه لم يستطع أن يُخرج هذه الخبرة من عقله ، فكان كلما رأى الأولاد الآخرين فى المدرسة يصبح غاضباً حائقاً ، وكان يقول لنفسه مراراً وتكراراً : «لقد حطم هذا الفريق حياتى» ! .

وبدأ «تامر» يخاف من أنه قد أصيب بعدوى نقص المناعة المكتسب (الإيدز) من هذا السروال ، وذلك على الرغم من معرفته بأن ذلك غير معقول ، ولم يستطع أن يستبعد هذه الفكرة من عقله ، وقرأ كل شيء استطاع أن يجده بالنسبة للأعراض المبكرة لمرض الإيدز . وتطورت هذه المخاوف إلى الحد الذى وصلت فيه إلى أنه كلما سعل فكر فى أنه التقط عدوى فى الجهاز التنفسي ، وإذا فقد توازنه فكر فى أن لديه مضاعفات فى جهازه العصبي ، وأصبحت قائمة «الأعراض» طويلة جداً !

وفي العام التالي تزايد القلق ، وبدأ يستهلك «تامر» ويستنفد قواه ، واستحوذت عليه فكرة «التلوث» بشكل ثابت ، وهو ما تخيل أنه انتشر من كتبه وملابس المدرسة إلى الأثاث وبقية الأشياء في منزله ، وعندما كانت الملابس التي يلبسها في المدرسة تحتك في مقعد أو حائط في المنزل كان يشعر أن هذه المنطقة كأنها قد أصبحت ملوثة . وعندما يلمس شيئاً ما كان يستخدمه في المدرسة يتزايد احتمال تفكيره في المدرسة ، وقد أثار ذلك الأفكار الكريهة والمشاعر السلبية التي ترتبط بها (الغضب ، والخوف ، والاكتئاب) .

وحاول «تامر» بطرق شتى أن يقلل من انتشار التلوث ، مثال ذلك أنه كان يأخذ «دشاً» ويغير ملابسه كل مساء الساعة السادسة بعد الانتهاء من الواجب المدرسي في الحال . وبعد طقوس التنظيف هذه كان حريصاً على أن يتجنب أن يلمس كتبه أو ملابسه المتسخة فضلاً عن أي شيء كانت الكتب أو الملابس المتسخة قد لمستته ، فإذا اصطدم بهذه الأشياء الملوثة عن طريق المصادفة كان يذهب إلى الحمام ويغسل يديه . وكان «تامر» يغسل يديه من عشر مرات إلى خمس عشرة مرة كل مساء عادة ، كما كان يشاهد التلفاز وهو يسير جيئة وذهاباً ، وذلك ليتجنب أن يجلس ويلبس الأثاث الملوث .

وأصبحت همومه من التلوث وانزعاجه منه غير متحملة من والديه ، وكانا محبطين من سلوكه ، وأضرت مخاوفه تلك بنشاطات والديه من زوايا عدة ، فلم يسمح لهما بلمسه أو لمس أشياءه بعد أن يكونوا في غرف معينة من المنزل ، وكانت حركاته الغريبة والاعتسال المستمر مزعجة لهما . وأخيراً صمم والدا «تامر» على عرضه على طبيبة الأسرة لتحويله إلى المختص (Oltmanns & Emery, 1995, p. 111f) .

وتبين هذه الحالة بداية اضطراب الوسواس القهري في المراهقة ، ومدى تأثير هذا الاضطراب بحدوث حادث صدمي واجهه هذا المراهق ، وكيف أن الأعراض تبدأ محدودة ثم تنتشر لتشمل قطاعاً كبيراً من سلوك الفرد المضطرب . انظر كذلك إلى هذه الحالة :

حالة : «من شابهت أمها فما ظلمت» * :

«سعاد» طفلة في الثامنة من عمرها ، في السنة الثالثة الابتدائية ، حولها طبيب العائلة لعلاجها من سلوك الاغتسال المفرط . وقد لاحظ والداه - قبل شهرين من موعد المقابلة - أنها تغسل يديها بشكل متكرر لتطهيرهما من الميكروبات . وكانت «سعاد» منزعة - بوجه خاص - من أنها يمكن أن تلمس عضوها التناسلي (الفرج) وتصبح قلقة جداً من احتمال أن تلمس شخصاً آخر ، فتتشر نوعاً ما من الميكروبات الجنسية ، كما كانت «سعاد» مشغولة جداً ومتضايقة من أن ملءات سريرها قد تكون ملوثة ، وكانت تصر على أن تغسل هذه الملءات مرة كل يومين على الأقل .

وأصبح سلوك الاغتسال لدى «سعاد» متكرراً جداً حتى أصبحت يداها مشققتين من آثار الصابون . وفضلاً عن ذلك فقد اتخذت وضعاً جسياً شاذاً بحيث كانت تمشى وتجلس وهي تشبك يديها وذراعيها في مستوى صدرها خوفاً من أن يكونا في وضع منخفض ، ومن ثم فإنها يمكن أن تلمس منطقة الفرج بشكل عرضي .

وكانت «سعاد» مرتبكة جداً من هذه الوسوس ، ورفضت في البداية أن تناقشها ، ولكن المعالج - خلال جلسة لعب - قال لها : إننا سنذهب ليكون لنا حديث خاص جداً عبر «الهاتف اللعبة» ، وخلال المحادثة سألتها المعالج عما إذا كان لديها أى هموم غريبة ، فاستطاعت «سعاد» عندئذ أن تصف باختصار شديد خوفها من الجراثيم . واحتاج المعالج - بسبب ارتباك الطفلة - إلى خمس جلسات لعب ليحصل على وصف كامل لوسوس «سعاد» وسلوكها القهري .

وعلى الرغم من خطورة الأعراض التي ظهرت على «سعاد» في المنزل فلم يتبها أى من المعلمة أو زملاء الفصل إلى أن لديها مشكلات طبية نفسية ، واتصل فريق العلاج بمعلمة «سعاد» ، وقررت المعلمة أن كلا من الطلاب والمعلمين يحبون «سعاد» جداً

* من الملاحظ أن المثل العربي الأصلي نعه : «من شابه أباه فما ظلم» ، ولكن الحالة هنا للام وابنتها .

ويحترمونها كثيراً ، ولكنها أشارت إلى أن «سعاد» بدت يقظة الضمير بصورة غير عادية وأنها معرضة للقلق في بعض الأوقات .

وعندما سئل والده «سعاد» عن أى تاريخ أسري لاضطراب الوسواس القهري ، اعترفت والدتها بأنها كثيراً ما تشعر بالحاجة إلى القيام بسلوك المراجعة بشكل مسرف ، ووصفت قيامها بمراجعة موقد الطهى مئات المرات للتأكد من أنه مغلق ، ومراجعة مكواة لف الشعر الخاصة بها بالطريقة ذاتها ، وذكرت والدته «سعاد» أيضاً سلوك الغسل غير العادي الذى تقوم به ، فإن عليها مثلاً أن تستيقظ الساعة الثانية صباحاً لتكنس أرضية المطبخ بسبب قلقها من احتمال أن يصبح قذراً خلال الليل . ولم تلتق أم «سعاد» قط علاجاً لاضطراب الوسواس القهري لديها على الرغم من اعترافها بأن الأعراض مزعجة لأنها تستهلك وقتاً طويلاً جداً . وقبل هذا الموعد العائلى مع المعالج لم يكن لديها أي فكرة عن السبب في أن لديها مثل هذه «العادات» غير العادية .

وظهر كذلك - فى أواخر الجلسات العلاجية - أن أم «سعاد» لديها أفكار وسواسية من أن ابنتها قد تكون تعرضت لسوء ممارسة جنسية ، وكانت الأم تستجيب لهذه الأفكار الوسواسية باستجاب «سعاد» بشكل متكرر عن احتمال وقوع سوء الممارسة الجنسية لها . وخلال هذا الاستجواب كانت الأم تسأل ابنتها أسئلة مثل : «هل أنت متأكدة من أنه لم يلمسك أى شخص بين ساقيك ؟» و«هل تفكرين فى أن شخصاً ما يمكن أن يكون قد تحرش بك جنسياً وأنت نسيت ذلك ؟» و«هل استطاع شخص ما أن يلمسك وأنت نائمة ؟» .

وتزيد هذه الاستجابات من قلق «سعاد» بالنسبة «للتلوث» ، وتؤدي إلى مزيد من سلوك الغسل ، والتفكير في أنها ملوثة من الناحية الجنسية بطريقة ما . ويبدو أن خوف «سعاد» من التلوث نتيجة لعضوها التناسلي يزيد قلق الأم بالنسبة لسوء الممارسة الجنسية لابنتها ، وأن قلق الأم من احتمال سوء الممارسة الجنسية يجعل وسواس التلوث لدى «سعاد» تتفاقم . وترفع هذه الدائرة المغلقة بوضوح من اضطراب الوسواس القهري لدى

كل من الأم وابنتها ، وتجعله يسوء ويتفاقم .

ويقرر معظم المعالجين أن نسبة تتراوح بين ٢٠٪ ، و ٣٠٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري لديهم قريب حميم عنده الحالة ذاتها . وتعد حالة «سعاد» واضحة في أنها هي وأمها لديهما أعراض وسواسية قهرية متفاعلة ، ويبدو أنها تجعل الاضطراب يتفاقم بالنسبة لكلتيهما . وفي خلال العام السابق لتشخيص «سعاد» باضطراب الوسواس القهري فقد اصطحبتها أمها مرتين إلى عيادة لتقويم احتمال حدوث سوء الممارسة الجنسية لها . ولم يوجد دليل في كلتا المرتين على حدوث سوء ممارسة جنسية ، ولكن لم ينظر القائمون على الحالة في هاتين العيادتين إلى احتمال تشخيص اضطراب الوسواس القهري (Greist & Jefferson, 1995, pp. 57-59) .

الاضطرابات المصاحبة

من الممكن أن يشخص أكثر من اضطراب لدى مريض واحد ، ذلك أن اضطراب الوسواس القهري ليس اضطراباً مانعاً ، ويشيع لدى الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري اضطراب اللزمات Tics ، واضطراب السلوك الممزق Disruptive واضطرابات التعلم ، ذلك على المستوى الإكلينيكي والوبائي . ولأسباب مجهولة فإن الاكتئاب الأساسي المصاحب لاضطراب الوسواس القهري أقل شيوعاً لدى الأطفال بوصفه حالة مرضية مصاحبة بالمقارنة إلى الراشدين . وعلى المستوى الإكلينيكي فإن مجال الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهري مثل : هوس نفث الشعر ، واضطراب تشوه صورة الجسم ، واضطرابات العادات كقضم الأظافر ليست غير شائعة لدى مرضى الوسواس القهري (Foa, et al., 1998) . ومن الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهري في الطفولة كذلك اضطراب فقدان الشهية العصبي كما يتضح من الحالة الآتية :

حالة : الصبية التي لا تستطيع التوقف عن البصق :

«نجلاء» صبية فى الثامنة من عمرها ، اصطبحتها أمها إلى طبيب الأطفال بسبب وجود رغبة مستمرة لدى البنت فى البصق فى المندبل الورقى ، وقررت أمها كذلك أن «نجلاء» توقفت عن الأكل ، وفقدت بضعة كيلوجرامات من وزنها فى الأسابيع السابقة لزيارتها للطبيب . وقام الطبيب بتحويل الصبية إلى طبيب نفسى للأطفال ليستبعد تشخيص فقدان الشهية العصبى .

وقد ذكرت «نجلاء» خلال المقابلة وجود وسواس لديها متعلق «بالجراثيم فى البصاق» ، وخافت من أنه يمكن أن يسبب لها مرضاً إذا بلعت لعابها . وكانت الصبية قادرة فى البداية على تجاهل هذا الوسواس ، ولكنها بدأت تبصق فى الآونة الأخيرة لتحكم فى الوسواس وتسيطر عليه وما يرتبط به من قلق وخوف من أن تصبح مريضة .

وكانت رغبتهما فى البصق تتزايد بسبب أى شيء يزيد من تكوين (إنتاج) اللعاب عندها ؛ ولذلك بدأت «نجلاء» أيضاً تتجنب الطعام وبخاصة المملوء بالبهارات أو الأطعمة الحمضية . وعلى الرغم من أن «نجلاء» تعرف أن خوفها الشاذ من الميكروبات أمر «مختلف» ، فإنها كانت تُعد كونها خائفة من الميكروبات أمراً ملموساً ومقنعاً ، ومع افتقاد الاستبصار هذا فإن الأعراض كانت تسبب لها ارتباكاً شديداً ، وكشفت عن هذه الأعراض للطبيب الذى يفحصها بعد مقاومة ، ولم تحقق «نجلاء» محكات أى اضطراب فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع فيما عدا اضطراب الوسواس القهرى ، وكان تاريخها الأسرى سلبياً بالنسبة للمرض العقلي . واستجابت «نجلاء» للعلاج بالعقاقير يليه برنامج تعرض الاستجابة ومنعها ، وتتضمن هذه الطريقة السلوكية التعرض للموقف الخفيف أو المادة (اللعاب فى هذه الحالة) ، والمساعدة على مقاومة الدفعة للقيام بالسلوك القهرى (البصق فى هذه الحالة) لتقليل الضيق (انظر للتفصيل : الفصل الثالث عشر) .

تعليق المعالج :

يبدو أن «غلاء» - اعتماداً على الفحص السطحي - تعاني من اضطراب الأكل ، وفي الحقيقة فإنها ترفض فعلاً أن تأكل بسبب مخاوفها الوسواسية من بلع اللعاب . ومع ذلك فإن أعراضها ينقصها كثير من الملامح الأساسية لفقدان الشهية العصبي ، وبخاصة الانشغال الوسواسي بالتحافة ، وبدلاً من ذلك فإن الوسواس لديها مرتبط بالتلوث ، والسلوك القهري الناتج عن ذلك هو أن تبصق ، ويكون ذلك وسيلة لتجنب الميكروبات التي تعتقد أنها موجودة في اللعاب (Greist & Jefferson, 1995, p. 98f) .

ملخص

اضطراب الوسواس القهري ليس خاصاً بمرحلة عمرية معينة ، بل إنه يمكن أن يحدث في كل مراحل العمر ومن هذه المراحل الطفولة والمراهقة . وتشيع الطقوس القهرية وتعد عادية في مرحلة الطفولة الوسطى ، أما اضطراب الوسواس القهري الكامل فهو نادر في مرحلة الطفولة ، ويمكن أن تحدث أعراض هذا الاضطراب دون أن تلاحظها الأسرة حتى المراهقة أو بدايات الرشد إلى أن تؤثر في عمل الفرد وحياته . وتشيع لدى الأطفال بوجه خاص طقوس الاغتسال والمراجعة والترتيب . ويصل معدل انتشار الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين لمدة ستة أشهر إلى واحد لكل ٢٠٠ تقريباً ، ويطور من ثلث إلى نصف الراشدين المصابين بهذا الاضطراب اضطرابهم خلال الطفولة .

وقد يبدأ الاضطراب في عمر مبكر كالثالثة ، ويبدأ الاضطراب عادة بعد حادث ضاغط ، مع تركيز المصابين على الطقوس الحركية . ويقرّر معظم المعالجين أن نسبة تتراوح بين ٢٠٪ و ٣٠٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري في الطفولة والمراهقة لديهم قريب حميم عنده الحالة ذاتها . ويشيع لدى هؤلاء المرضى المضطربين في مرحلتهم الطفولة والمراهقة حدوث اضطرابات نفسية أخرى مثل : اللزيمات ، وصعوبات التعلم ، وهوس تنف الشعر ، وتشوه صورة الجسم ، وفقدان الشهية العصبي .

ويتضح من هذا الفصل أن التداخل كبير في مختلف جوانب اضطراب الوسواس القهري بين الطفولة والمراهقة والرشد ، ومع ذلك فهناك بعض المظاهر الإكلينيكية التي تعد خاصة بالأطفال ويمثلهم أكثر من الراشدين . كما يجسد هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين تأثير الحوادث الصدمية في نشأته وتطوره .

ويعرض الفصل الثامن لأهم التغيرات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري .

* * *

الفصل الثامن

العوامل المرتبطة بالاضطراب

تمهيد :

بعد أن بينا معدلات انتشار اضطراب الوسواس القهري والسن التي يبدأ فيها وكيفية هذه البداية ، وخط سيره ومآله في الفصل السابع ، نعرض في هذا الفصل متعلقات Correlates الاضطراب وبعض العوامل التي ترتبط به ، ومنها الذكاء ، ورتبة المولد ، والطبقة الاجتماعية والأقارب ، والحالة الاجتماعية والخصوبة ، والفروق بين الجنسين ، والفروق بين الثقافات في اضطراب الوسواس القهري . ونبدأ بمتغير الذكاء .

الذكاء

ورد في مسح مبكر أجراه «تبلر» أن هناك دليلاً قوياً على أن الوسواسيين القهريين لهم عادة ذكاء فوق المتوسط ، وأن لهم مواهب استثنائية في كثير من الحالات ، فقد وجد «إنجرام» أن درجاتهم أعلى من الهستيريين والقلقين في كل من المصفوفات المتدرجة واختبار «ميل هيل» للمفردات من وضع «ريفين» . وتراوحت نسب ذكائهم في دراسة أخرى بين ١١٨ ، و١٣٤ . ويورد «جريناكر» أنه من النادر جداً أن يوجد نقص عقلي لدى حالات الوسواس القهري . وتنسحب النتيجة الخاصة بحصول الوسواسيين القهريين على درجات ذكاء مرتفعة على عينة من الأطفال درسها «جود» Judd ، حيث كان مدى ذكائهم يتراوح بين ١٢٥ و١٤٥ (Templer, 1972, p. 377) .

ولكن مسحاً أحدث بين أن معظم الدراسات التي استخلصت أن الوسواسيين يمتلكون نسب ذكاء أعلى من المتوسط اعتمدت على عدد محدود من البيانات الدقيقة ، حيث استخدم عدد قليل من الدراسات المقاييس النفسية ، ووضعت معظم الاستنتاجات على أساس الانطباعات الإكلينيكية . وفي ثلاث دراسات

أحدث استخدمت مقياس «وكسلر» لذكاء الراشدين تؤكد الأرقام وجود فرق طفيف وغير دال إحصائياً في الدرجة الكلية على مقياس «وكسلر» (انظر جدول ٢٧). ولكن الأمر الأكثر أهمية هو الفرق بين نسبة الذكاء اللفظي المرتفعة نسبياً بالمقارنة إلى نسبة الذكاء العملي. وتغرى هذه المفارقة بين الدرجتين بافتراض أن الوسواسيين قد يكونون قابلين للخلل في وظيفة نصف الكرة الأيمن Hemispheric dysfunction، ولكن هذا الفرق يمكن أن يفسر أيضاً بملاحظة مفادها أن السلوك القهرى لدى المرضى، فضلاً عن البطء الوسواسى، يمكن أن يؤثر مباشرة فى أدائهم فى المهام البصرية المكانية، والحاجة ماسة إلى استخدام اختبارات أدق لقياس الجانبية المخية Cerebral laterality كمهام الاستماع إلى قناتين سمعيتين، وذلك حتى يختبر فرض خلل وظيفة نصف الكرة الأيمن لدى مضطربى الوسواس القهرى (Rasmussen & Tsuang, 1984, p. 451).

جدول (٢٧): متوسط مقياس «وكسلر» لذكاء الراشدين لدى مرضى الوسواس القهرى

الدراسة	ن	نسبة الذكاء الكلية	الذكاء اللفظي	الذكاء العملي
كويريل	٣٠	$14,8 \pm 9,7$	لم تحدد	لم تحدد
فلور هنرى وزملاؤه	١١	١٠٦	١٠٨	١٠٢
إنسل وزملاؤه	١٨	$11,3 \pm 11,3$	$11,3 \pm 11,8$	$11,6 \pm 10,5$

ومع ذلك فقد ورد فى مرجع حديث (Steketee & Pigott, 1999, p.2) أن مرضى الوسواس القهرى لهم ذكاء فوق المتوسط .

ومن ناحية أخرى لوحظ أن لدى مرضى الوسواس القهرى نقصاً في تجهيزهم للمعلومات Information processing، فعندما يتعامل الفرد مع المرضى الوسواسيين

القهرين يذهله وفرة التفاصيل الدقيقة الواردة في وصفهم للأحداث أو الخبرات . ويمكن أن تشير هذه الملاحظة إلى أن هؤلاء المرضى يواجهون صعوبة في التمييز بين المادة المتصلة بالموضوع وغير المتعلقة به ، ومن ثم يلحقون درجة عليا من الوثاقة والاتصال بكل جانب من جوانب المعلومات . ومثل هذه الصعوبة يمكن أن تنتج على شكل مزيد من الانتباه الشعوري للمنبهات ، وقد اختبر «ريد» Reed هذا الفرض ، فوجد أن الوسواسيين قد تفوقوا على غير الوسواسيين في الاسترجاع الفوري Immediate recall لسلسلة من الأرقام ، في حين لم يختلفوا عنهم في الاسترجاع طويل المدى Long-term recall للمعلومات العامة . كما يكشف الوسواسيون عن صعوبات في اتخاذهم للقرارات (Foa & Stekette, 1974) .

موجز ما سبق أن النتائج متضاربة في علاقة الذكاء باضطراب الوسواس القهري ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات ، وقد يكون من المثير أن تجرى دراسات على الفروق بين المرضى ومجموعات ضابطة في جوانب فرعية محددة في الذكاء ، وليس الدرجة الكلية على مقياس الذكاء .

رتبة المولد

تعنى رتبة المولد Birth order ترتيب الفرد في أسرته الحيوية (البيولوجية) من ناحية تاريخ مولده ، ويكون الأكبر عادة صاحب الترتيب الأول ، وهناك بعده الثاني والثالث . . . والأخير والوحيد . . . وهكذا . وقد أظهر بعض الدراسات المبكرة أن عدداً لا بأس به من مرضى الوسواس القهري لهم رتبة مولد الطفل الوحيد أو الطفل الأول ، وافترض أن تطور شخصية الطفل الوحيد والطفل الأول تتأثر بعدد من العوامل المؤدية إلى تكون الوسواس القهري أهمها ما يلي :

- ١- فترة التعرض المكثف لتأثير الراشدين من دون وجود خبرات معدلة من الإخوة .
- ٢- توقع الإنجاز المرتفع من الطفل الأول وبخاصة الذكر .
- ٣- عدم الخبرة النسبية لدى الوالدين عند تعاملهما مع الطفل الأول (Templer, 1972) .

وكشفت إحدى الدراسات الأحدث عن ميل لدى مرضى الوسواس القهري إلى أن يكونوا في مركز الطفل الأول ، ولكن لم يصل هذا الفرق إلى مستوى الدلالة على الرغم من أن هذا الاتجاه واضح . وفي دراسة ثانية تأكد وجود الوسواسيين القهريين في مركز الطفل الأول بمستوى ذات إحصائياً .

وقد افترض أن قلق الوالدين وجمودهما يقومان بدور في تطوير الأخلاقيات الصارمة والمستوى المرتفع من القلق الذي يشاهد لدى مرضى الوسواس القهري ، في حين تميل أساليب القلق والتصلب الوالدية إلى التناقص مع الأطفال الذين يولدون بعد ذلك ، كما أن توقع التحصيل المرتفع من الطفل الأول يقوم بدور أيضاً (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

وأظهرت إحدى الدراسات زيادة في أعداد رتبة الطفل الأول أو الطفل الوحيد في مرضى الوسواس القهري الذكور ، ولكن دراسة أخرى لم تؤكد ذلك . وأظهرت دراسة ثالثة أن الوسواسيين القهريين الذكور من أقارب مرضى الوسواس القهري يميلون أيضاً إلى أن تكون رتبة مولدهم الأولى ، وأن الأقارب الذكور من ذوى الرتبة الأولى في المولد يكون لديهم مزيد من الأعراض الوسواسية القهرية عن أولئك الذين ولدوا متأخراً .

وقد ينتج ذلك عن عدم خبرة الوالدين ، أو عن توقعاتهما المرتفعة من أبنائهما ، وعدم وجود الإخوة ، وبدعم التفسير الأخير نتيجة إحدى الدراسات التي كشفت عن أن أطفال الأمهات الوسواسيات القهريات - بالمقارنة إلى العينة الضابطة - لديهم مزيد من التفاعل العميق مع الراشدين ، ومزيد من الوقت الذي يقضونه في وحدة ، وأن خبراتهم البدنية محدودة ، وأنهم أكثر ترتيباً وتنظيماً ، وأقل تسامحاً وأقل انطلاقة ، وأقل توجها نحو القرين (Marks, 1987,p. 425) .

وأوضحت دراسة حديثة أن ثلث مرضى اضطراب الوسواس القهري كانت رتبة مولدهم هي الأولى (El- Seadany, 1996,p.11) . وقد درس «بولارد» وصحبه (Pollard, et al., 1990) . العلاقة بين رتبة المولد واضطراب الوسواس القهري لدى ٦٢

من مرضى الوسواس القهرى ، وقورنوا بـ ٦٠ من مرضى الخوف من الأماكن المفتوحة ، و ٩٢ من المرضى المكتسبين ، ولم تظهر فروق جوهرية بين المجموعات ، وتعارض هذه النتيجة مع نتائج الدراسات المبكرة .

والخلاصة أن الدراسات عن علاقة رتبة المولد باضطراب الوسواس القهرى تنقسم إلى قسمين : أولهما أن هناك ميلاً لدى مرضى الوسواس القهرى لأن يكون ترتيب مولدهم الأول ، وثانيهما أنه لا علاقة بين هذا الاضطراب ورتبة المولد . وربما تكون هذه الفروق قد جاءت نتيجة لطبيعة العينات المختارة .

فصل الميلاد

قام «جرينبيرج» بدراسة فحص فيها فصل الميلاد Season of birth لكل مريضى الوسواس القهرى الداخليين inpatients في المملكة المتحدة (إنجلترا) ، ووجد أنه يماثل نظيره في الجمهور العام (Marks, 1987, p. 425) ، ويعنى ذلك أنه لا علاقة بين فصل الميلاد (أى الفصل الجغرافى الذى ولد فيه المريض) واضطراب الوسواس القهرى .

الحالة الاجتماعية والخصوبة

ظهر أن ما يقرب من نصف عدد المرضى بالوسواس القهرى الراشدين غير متزوجين ، وهو معدل أكبر من المتوقع لدى العينات الضابطة ، وكذلك بالنسبة إلى مرضى مخاوف الأماكن الواسعة ، حيث إن معظمهم متزوجون . وتشيع العزوبة لدى الذكور أكثر من الإناث فى اضطراب الوسواس القهرى (Marks, 1987, p. 425) . ويؤكد ذلك مسح أحدث للدراسات ، فقد اتضح أن نسبة كبيرة من المرضى تظل عذبة دون زواج بالنسبة إلى المجموعة الضابطة المقارنة بها ، وظهر أن نسبة ١٠٪ من مرضى الوسواس القهرى فوق سن ٣٥ وغير متزوجين . ومن الشائق أن يظهر أن نسبة الطلاق منخفضة لدى المرضى المتزوجين على الرغم من الضغوط التى يفرضها اضطراب الوسواس القهرى على الإناث (El- Saadany, 1996, p. 10) . ومن ناحية أخرى

أظهرت بعض الدراسات (Kaplan & Sadock, 1991, p.404) زيادة انتشار اضطراب الوسواس القهري بين المطلقين والمنفصلين والعاطلين عن العمل .

وفي حال زواج مريض الوسواس القهري فهناك اتفاق عام بين معظم الدراسات على وجود درجة كبيرة من سوء التوافق الزوجي لدى هؤلاء المرضى ، وأرجع السبب في ذلك إلى العجز الاجتماعي الناجم عن أعراض المرضي وخصال شخصياتهم (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

أما القسم المتزوج في اضطراب الوسواس القهري فإنه يتزوج متأخراً - في المتوسط - بالمقارنة إلى المكتئبين الذهانيين ، والفصامين ، أو غيرهم من العصبيين . ويؤثر العمر المتأخر عند الزواج لدى الوسواسيين القهريين في انخفاض نسبة الخصوبة لديهم ، حيث ينجبون عدداً أقل من الأطفال ، ورعا لا ينجبون أصلاً (٢٩٪) ، و٢٣٪ منهم لم ينجبوا أطفالاً في دراستين مختلفتين (Marks, 1987, p. 425) .

الطبقة الاجتماعية والأقارب

اعتقد كثير من الإكلينكيين أن اضطراب الوسواس القهري أكثر شيوعاً بين الطبقات الاجتماعية الأعلى ومن تلقوا تعليماً أرقى ، ومن المحتمل أن يكون الأمر كذلك إذا نظرنا إلى أولئك الذين يأتون إلى المستشفيات والعيادات ويشخصون على أنهم يعانون من هذا الاضطراب . ولكن هناك شكاً في كون هذا الفرق حقيقياً على ضوء هذه العوامل الاجتماعية . ولم تكشف إحدى الدراسات الأمريكية عن معدلات انتشار أعلى للاضطراب بين خريجي الجامعة بالمقارنة إلى غيرهم (de Silva & Rachman, 1998, p. 57) .

وهناك دراسات أخرى بينت العكس ؛ أي أن اضطراب الوسواس القهري يتشر أكثر بين أفراد الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة (Kaplan & Sadock, 1991, p. 404) . النتائج غير مؤكدة إذن في علاقة الطبقة

الاجتماعية بهذا الاضطراب ، وقد تكون متأثرة بتصميم الدراسة : الجمهور العام ، مسح ، عينة من المرضى ... وهكذا .

أقارب الوسواسيين القهريين :

يشير عدد من الدراسات إلى وجود نسبة انتشار مرتفعة لمختلف أنواع الاضطراب النفسى لدى أقارب المرضى الوسواسيين القهريين ، ولكن دور الوراثة غير واضح فى هذا الصدد (Templer, 1972) .

بعض خصال آباء المرضى :

تتاح معلومات قليلة عن الخصال الوالدية للوسواسيين القهريين ، فظهر من دراسة استرجاعية أن المرضى الذين تزداد لديهم أعراض المراجعة Checkers يدركون أهمياتهم على أنهم كن أكثر تدقيقا ووسواسية وتطلبات ، وذلك بالمقارنة إلى المرضى الذين تزداد لديهم أعراض الاغتسال Washers (Marks, 1987, p. 425) .

الديانة

لا يختلف توزيع الديانات لدى مرضى الوسواس القهرى عن توزيعها فى بقية أنواع اضطرابات القلق فى المرضى والجمهور العام ؛ أى : لا يميل هؤلاء المرضى إلى أن يكونوا أكثر تدينا من بقية مرضى الأنواع الأخرى للقلق . ولكن الذين يقوم بدور مهم لدى بعض مرضى الوسواس القهرى فى شدة الأعراض ومحتواها ، فتشيع لديهم الموضوعات الدينية فى الوسواس والأفعال القهرية (Antony, et al., 1998) .

الفروق بين الجنسين

تختلف نتائج الدراسات عن الفروق بين الجنسين فى اضطراب الوسواس القهرى ، فيشير بعضها إلى تساوى النسبة بين الجنسين ، فى حين تورد دراسات أخرى زيادة فى معدل إصابة الإناث بهذا الاضطراب ، وهذا ما تعرض له فيما يلى :

يذكر «ماركس» أن نسبة الجنسين متساوية في اضطراب الوسواس القهري، وذلك كما ظهر من ٢٤٤، ٢ حالة في ١٨ سلسلة من الدراسات. ولكن هناك بعض الفروق الطفيفة (Marks, 1987, p. 424). ومن ناحية أخرى يورد آخرون تفوق نسبة الإناث على الذكور في اضطراب الوسواس القهري، فقد وجد «راسميوسين، وتساخج» أن ٥٥٪ من ٦٣٠، ١ مريضاً هم من الإناث. في حين يذكر «كارنو، وجولدنج» نسبة ٦٠٪ من الإناث في عينة مرضى الوسواس القهري التي درسها (Barlow & Durand, 1995, p. 198).

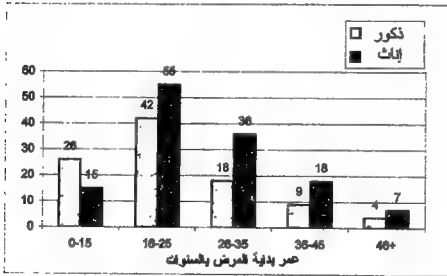
وفي دراسة أخرى يورد «راسميوسين، وتساخج» أن النسبة متساوية تقريباً بين الذكور والإناث في اضطراب الوسواس القهري، ولكن «هولنجزوورث» وزملاؤه استعرضوا معدلات حدوث الاضطراب لدى عينة من الأطفال في المستشفيات الطبية النفسية فوجدوا غلبة الأطفال الذكور في هذا التشخيص، ولكن الحاجة ماسة إلى دراسات أخرى على مستوى الأطفال (Rasmussen & Tsuang, 1984).

ودرس «لو» LO مجموعة من المرضى الصينيين في هونغ كونج، واتضح أن معظمهم من الذكور، ولكنه ينه إلى أن الفروق بين الجنسين في مرضى الوسواس القهري قد ترجع إلى حقيقة أن المرأة الصينية تحتم عليها التقاليد أن تكون أكثر تقييداً وكفاً بكثير بالمقارنة إلى الرجل، وأنه يتعين عليهن أن يتعاملن مع أعراضهن الوسواسية بطريقة أكثر سرية وتكتماً (Templer, 1972). وفي الإطار نفسه فقد ظهر أن نسبة الذكور الوسواسيين القهريين تفوق الإناث (٨: ١) في دراسات على عينات هندية، وأرجع الباحثان ذلك إلى معارضة الإناث البحث عن المساعدة الطبية النفسية، كما قد يرجع ذلك إلى القبول الثقافي الكبير لمرض الوسواس القهري لدى الإناث (Khanna & Mukherjee, 1992).

ولكن الجنسين يختلفان في بعض التصنيفات الفرعية داخل المرض، فقد كشفت إحدى الدراسات أن لدى النساء سلوكاً قهرياً متصلاً بالاغتسال أكثر من الرجال (٦٦٪ مقابل ٥٤٪)، وكذلك الحال في التجنب (٤٧٪ مقابل ٤٠٪)، في حين أن لدى الرجال

قهر البطء أكثر من النساء (٢٦٪ مقابل ٦٪) ، وفضلاً عن ذلك فعند الإناث تاريخ أكثر من فقدان الشهية العصبي (٩٪ مقابل صفر٪) (Marks, 1987, p. 424) .

فحص «كاسيل» وزملاؤه (Castle, Deale, & Marks, 1985) الفروق بين الجنسين لدى ٢١٩ من مرضى اضطراب الوسواس القهري المحولين إلى مركز في لندن متخصص في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق ، وكشفت سجلات الحالات ومقاييس التقدير الذاتي أن الإناث لديهن متوسط بداية متأخرة في العمر ، ويزداد احتمال أن يكن متزوجات ، وأن يكون لديهن أطفال ، كما زاد الاحتمال إلى حد ما أن يكون لديهن تاريخ سابق من اضطراب الأكل أو الاكتئاب ، في حين زاد الاحتمال عند الرجال أن يكون عندهم تاريخ سابق للقلق أو السمات الشخصية الوسواسية . أما معدلات وجود الاضطرابات النفسية الطبية فلم تختلف جوهرياً بين الجنسين . وكشفت هذه الدراسة أن ٤٢٪ من المرضى من الذكور ، ولذا فإن نسبة الذكور إلى الإناث = ١ : ٣٥ . ويبين شكل (٧) العمر عند بداية المرض لدى الجنسين .



شكل (٧) : العمر عند بداية اضطراب الوسواس القهري
تبعاً لجنس المرضى (ذكور/ إناث)

ويركز عدد من الدراسات على الفروق بين الجنسين في سن بداية Onset المرض ، فيذكر «بارلو ، وديوراند» أن العمر المتوسط لبداية اضطراب الوسواس القهري يمتد من المراهقة إلى أواسط العشرينات من العمر ، ولكن الاضطراب يصل إلى قمته لدى الذكور في عمر مبكر عن الإناث ؛ فقد اتضح أن قمة عمر بداية المرض لدى الذكور من ١٣-١٥ عاماً ، وأن عمر بداية المرض لدى الإناث من ٢٠-٢٤ عاماً (Barlow & Durand, 1995, p. 198) .

وفي دراسة أخرى أجريت على ٣٠٧ من مرضى الوسواس القهري الراشدين اتضح أن البداية المبكرة للمرض (من ٥-١٥ سنة) أكثر شيوعاً بين الذكور ، في حين أن البداية المتأخرة (من ٢٦-٣٥ سنة) أكثر شيوعاً لدى الإناث . وترتبط البداية المبكرة بمزيد من أعراض المراجعة ، وترتبط البداية المتأخرة بحالات أكثر تعاني من أعراض الاغتسال . وكان عدد أكبر من الإناث - بالنسبة إلى الرجال - لهن تاريخ من الاكتئاب الذي سبق علاجه ، وكان ١٢٪ من الإناث لهن تاريخ في اضطراب فقدان الشهية Anorexia ، في حين لم يصب بها أى رجل ، وزادت نسبة الإناث المتزوجات عن نظيرتها لدى الذكور . ويمكن أن تعكس هذه الملامح المختلفة بالنسبة لجنس المريض بعض العوامل السببية الفارقة . واتسمت العينة في هذه الدراسة - كما في الدراسات السابقة - بانخفاض معدل الزواج وانخفاض الخصوبة لدى المرضى (Noshirvani, et al., 1991) .

وورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أن هذا الاضطراب يوجد لدى الذكور والإناث بدرجة متساوية (APA, 1994, p. 420) ، ويتفق مع ذلك دراسة عربية أجريت على مرضى من مدينة الإسكندرية (El- Saadany, 1996, p. 108) . ويتفق أيضاً مع دراسة ثقافية مقارنة بين الأمريكيين والكويتيين ، فكان الارتباط صغرياً بين جنس المفحوص والدرجة الكلية على المقياس العربي للوسواس القهري في كل من العيتين (Lester & Abdel-Khalek, 1998) . ومن ناحية أخرى فقد فحص بعض الدراسات الفروق بين الجنسين في معدل تكرار

أعراض الوسواس والقهر كما يبين جدول (٢٨) .

جدول (٢٨) : الفروق بين الجنسين في أعراض الوسواس القهري

المقارنة	النساء	الرجال	أعراض الوسواس والقهر
الرجال أعلى	٪١٢,٧	٪٢٧,٠	الوسواس الجنسية
الرجال أعلى	٪٨,٠	٪٢٨,٦	التناسق والدقة
الرجال أعلى	٪٢٢,١	٪٣٤,٨	الطقوس القهرية الغريبة
النساء أعلى	٪٢٦,٢	٪١٥,٣	الوسواس العدوانية
النساء أعلى	٪٥٩,٦	٪٤٣,٧	طقوس الاغتسال والنظافة

(انظر : Antony, et al., 1998,p.15) .

الخلاصة من هذه الدراسات أن النتائج غير متفقة على الفروق بين الجنسين في اضطراب الوسواس القهري ، فكثير منها يكشف عن زيادة بسيطة في نسبة الإناث في هذا الاضطراب ، في حين تبين دراسات أخرى تساوى النسبة بين الجنسين . ولكن دراسات أخرى تؤكد على حقيقتين أخريين هما : الفروق بين الجنسين في كل من سن بداية المرض ، والأعراض الغالبة على جنس (نوع) دون آخر .

الفروق بين الثقافات

تختلف الطبقة الاجتماعية لمرضى الوسواس القهري اختلافاً كبيراً من دراسة إلى أخرى ، ويشير كثير من الدراسات إلى أن المرضى لهم طبقة اجتماعية وذكاء فوق المتوسط ، وهذه النتائج مستمدة من عينات في المستشفى أكثر منها عينات في المجتمع ، وربما لا تنطبق بالدرجة ذاتها على المجتمع بشكل كلي . ولكن ما الحال بالنسبة للثقافات المختلفة ؟

يحدث اضطراب الوسواس القهري بكثرة في الصين والهند ومصر فضلاً عن البلاد الغربية ، وليس من المعروف هل هناك فروق دقيقة بين الثقافات فى معدلات انتشار الوسواس القهري وأشكاله وشدته . ومن الشائق أن يظهر أن حالات الحوادث فى عنابر تجبير العظام لديهم مزيد من السمات والأعراض الوسواسية والقهريّة (وليس اضطراب الوسواس القهري) فى أيرلندا أكثر من إنجلترا أو أسكتلندا . وتزداد درجات هذه السمات والأعراض بوجه خاص لدى الأيرلنديين العزب من الرجال وعند النساء الأيرلنديات القرويات ، ويحصل الإنجليز غير الكاثوليك على درجات أعلى فى الوسواس القهري من الإنجليز الكاثوليك . وهذه النتائج - مرة ثانية - تتصل بالأعراض والسمات الوسواسية القهرية وليس اضطراب الوسواس القهري ، وأسباب هذه الفروق غير معروفة .

وفي البلاد العربية كالسعودية ومصر فمن السهل تحديد اضطراب الوسواس القهري والتوصل إليه ، على الرغم من أن المعتقدات الثقافية والاهتمامات يبدو أنها تؤثر فى مضمون الوسواس وطبيعة القهر . ويرتبط موضوع الوسواس - فى هاتين الدولتين فى المقام الأول - بالشعائر والممارسات الدينية ، وبخاصة التركيز على النظافة فى الديانة الإسلامية . كما أن موضوعات التلوث والقذارة منتشرة بدرجة كبيرة فى الهند ، ولكن يبدو أن اضطراب الوسواس القهري متشابه بدرجة ملحوظة عبر الثقافات ، فقد استعرض «إنسل» Insel دراسات من : إنجلترا ، وهونج كونج ، والهند ، ومصر ، واليابان ، والنرويج ، ووجد أنماطاً متشابهة أساساً ، فضلاً عن التشابه فى النسب الخاصة بكل من الوسواس والقهر (Barlow & Durand, 1995, p. 198) .

ويؤكد «دى سيلفا» و«ريكان» أن اضطراب الوسواس القهري يظهر فى مناطق مختلفة من العالم ، وفى ظروف حضارية مختلفة . وتتاح أوصاف هذا الاضطراب فى معظم الثقافات الغربية كما فى كل من الهند ، وهونج كونج ، وتايوان ، ومصر ، وسنغافورة ، وسريلانكا ، وإنجلترا ، والولايات المتحدة الأمريكية . . . وغيرها . وقد ظهر تشابه ملحوظ فى الوسواس والقهر فى كثير من البلاد ، والتشابه كبير بين ملامح الاضطراب (de Silva & Rachman, 1998,p.59) . ويضيف «إملاكامب» أن شكل

الوساوس ومحتواها متشابه كثيراً في كل من أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا والهند (Emmelkamp, 1987). ويبين المؤلف نفسه توزيع موضوعات الوساسوس في جدول (٢٩).

جدول (٢٩): توزيع موضوعات الوساسوس في كل من إنجلترا والهند

الهند (أخطر وصحبه)	إنجلترا (ريكمان ، وهودجسون)	محتوى الوساسوس
%٥٩	%٥٥	القدارة/ التلوث بالأمراض
%٢٥	%١٩	العدوان/ الأذى
%٢٣	%٣٥	الترتيب والنظام
%١٠	%١٠	الدين
%٥	%١٣	الجنس

والتشابه كبير بين موضوعات الوساسوس بين إنجلترا والهند ، فيماعدنا موضوعات الجنس ، حيث تزداد لدى الوسواسيين الإنجليز بالمقارنة إلى الهنود (Emmelkamp, 1982,p.7).

ويبين جدول (٣٠) الموضوعات الشائعة للوساسوس في أربع دول .

ويتضح من جدول (٣٠) أن وساسوس التلوث أكثر الوساسوس حدوثاً في كل الدراسات الأربع ، ويتشابه المصريون واليهود في الوساسوس الدينية والمتعلقة بالنظافة والقدارة ، في حين أن الموضوعات المشتركة بين الإنجليز والهنود ترتبط بالترتيب والجوانب العدوانية (Okasha, et al, 1994). ووجد «أخطر» وزملاؤه أن المحتوى الوسواسي يتحدد أكثر بواسطة عوامل خارجية كالدين أو المهنة لدى المرضى الهنود

جدول (٣٠): الموضوعات الشائعة للوساوس في مصر والهند وإنجلترا والقدس

البلد	ن	الثلوث	العدوانية	الترتيب	الجنسية	الدينية
مصر	٩٠	%٦٠	%٤١	%٥٣	%٤٧	%٦٠
الهند	٨٢	%٤٦	%٢٩	%٢٧	%١٠	%١١
إنجلترا	٤٥	%٣٨	%٢٣	%١١	%٩	-
القدس	١٠	%٤٠	%٢٠	%١٠	%١٠	%٥٠

عن: (Okasha, et al., 1994).

(Khanna & Mukherjee, 1992). ونجد الإشارة إلى أن النتائج المعتمدة على عشرة مرضى (عينة القدس) تعد محل تساؤل.

وقد اتضح - لأسباب مجهولة - أن اضطراب الوسواس القهري أكثر شيوعاً لدى الأطفال من العنصر القوقازي أكثر من الأمريكيين الأفريقيين في العينات الإكلينيكية، وذلك على الرغم من أن نتائج الدراسات الوبائية على الراشدين كشفت أنه لا فروق في معدلات انتشار هذا الاضطراب على أساس العنصر أو المنطقة الجغرافية (Foa et al., 1998, p. 37)، ويؤكد ذلك ما أظهره بعض الدراسات من أن اضطراب الوسواس القهري يميل إلى أن يكون نادراً نسبياً بين الأمريكيين من أصل لائني أو أفريقي بالنسبة إلى الأمريكيين من الجنس القوقازي (Antony, et al., 1998). وفي دراسة حديثة (Abdel-Khalek & Lester, 1999) اتضح أن طلاب الجامعة الكويتيين لهم متوسط درجات أعلى من نظرائهم الأمريكيين على المقياس العربي للوسواس القهري.

وفي دراسة مصرية قام عكاشة وزملاؤه (Okasha, et al., 1994) بفحص تسعين مريضاً يعانون من اضطراب الوسواس القهري تبعاً لمحككات التصنيف الدولي العاشر للأمراض. وتم تقدير الأعراض وشدها لدى المرضى بواسطة مقياس «بيل-براون»

للسواس القهري ، وظهرت النتائج الآتية :

- ٢٠٪ من المرضى يوجد في أمرهم تاريخ إيجابي لاضطراب الوسواس القهري .
- ٤٠٪ من المرضى شملت أعراضهم خليطاً من الوسواس والقهر .
- ٢٩٪ من المرضى تركزت أعراضهم على الوسواس .
- ٣١٪ من المرضى تركزت أعراضهم على القهر .
- كانت أكثر الوسواس انتشاراً بينهم الوسواس الدينية والمتعلقة بالتلوث (٦٠٪) والوسواس البدنية (٤٩٪) .
- وكانت أكثر أنواع القهر حدوثاً هي طقوس التكرار (٦٨٪) ، والسلوك القهري المتصل بالنظافة والاختسال (٦٣٪) والمراجعة (٥٨٪) .
- ثلث المرضى كان لديهم مرض مصاحب ، هو اضطراب الاكتئاب .
- فيما يختص باضطراب الشخصية قبل المرض ظهر أن ١٤٪ لديهم اضطراب الشخصية الوسواسية ، و ٣٤٪ لديهم اضطراب الشخصية البارانونيدية أو القلق أو المتقلبة انفعالياً ، و ٥٢٪ ليس لديهم اضطراب شخصية قبل المرض .

ملاحظة تنبيهية :

لا يعد السلوك المتصل بالطقوس التي تفرضها الثقافة - في حد ذاته - مؤشراً على الوسواس القهري ما لم يزد على المعايير الثقافية ، وما لم يحدث في أزمان وأماكن تعد غير مناسبة كما يحكم عليها أشخاص آخرون من الثقافة ذاتها ، وما لم تتدخل في وظائف الأدوار الاجتماعية وتؤثر فيها .

ومن الممكن أن تؤدي التحولات المهمة في الحياة والحداث والحزن الشديد على الميت إلى تقوية السلوك الخاص بالطقوس التي يمكن أن تبدو على أنها وسواس بالنسبة للإكلينيكي الذي لم يألف السياق الثقافي الذي حدثت فيه (APA, 1994, p. 420) .

ملخص

قام الباحثون في هذا المجال بفحص العوامل المرتبطة باضطراب الوسواس القهري وكان أولها الذكاء ، فقد كشفت البحوث المبكرة أن هناك دليلاً قوياً على أن الوسواسيين القهريين لهم عادة ذكاء فوق المتوسط ، وأن لهم مواهب استثنائية في كثير من الحالات . ولكن إحدى الدراسات الأحدث لم تؤكد هذه النتيجة ، في حين أكدت دراسة أخرى بما يشير إلى تضارب النتائج . ومن ناحية أخرى دلت بعض الدراسات على ارتفاع نسبة الذكاء اللفظي بالمقارنة إلى نسبة الذكاء العملي لدى هؤلاء المرضى ، مع وجود نقص لديهم في تجهيز المعلومات ، ووفرة التفاصيل الدقيقة في وصفهم للأحداث .

أما رتبة المولد فيشير بعض الدراسات إلى وجود ميل لدى مرضى الوسواس القهري لأن يكون ترتيب مولدهم الأول ، في حين لم تؤكد دراسات أخرى هذه النتيجة . ولم توجد كذلك علاقة بين الفصل الجغرافي الذي حدث فيه الميلاد وهذا الاضطراب .

ويظل كثير من مرضى الوسواس القهري دون زواج وبخاصة الذكور منهم ، ويتشتر هذا الاضطراب بين المطلقين والمنفصلين والعاطلين عن العمل ، أما المتزوجون منهم فيشيع لديهم سوء التوافق الزوجي . والنتائج متضاربة في علاقة هذا الاضطراب بالطبقة الاجتماعية .

وقد ظهر أن هذا الاضطراب لا يشيع في ديانة معينة دون غيرها ، ولا ينتشر في نوع (جنس) دون آخر ، ولكن الفروق بين الجنسين تكمن في سن بداية المرض (الذكور أكبر) ، والأعراض الغالبة على جنس دون آخر .

ويظهر اضطراب الوسواس القهري في معظم بلاد العالم ، وتتاح أوصافه في بلاد كثيرة ، والتشابه كبير في موضوعات الوسواس بين هذه البلاد ، ولكن هناك فروقا في النسب المئوية لتوزيع موضوعات الوسواس الشائعة بين بعض البلاد التي درست . ويعرض الفصل التامع لأثار الاضطراب في المريض وأسرته .

* * *

الفصل التاسع

آثار الاضطراب في المريض وأسرته

تمهيد :

لا تترك الأعراض المزعجة والمضايقة لاضطراب الوسواس القهري دون آثار سلبية في الفرد المضطرب ذاته ، فضلاً عن أسرته وأقاربه وزملائه . وقد يكون الثمن بسيطاً في الحالات الخفيفة ، وباهظاً في الحالات الشديدة من هذا الاضطراب . ويعرض هذا الفصل لأهم هذه الآثار .

تعدد آثار الاضطراب

يبدل مرضى هذا الاضطراب جهوداً كبيرة يحاولون فيها إخفاء أفعالهم الطقوسية وأفكارهم ، وربما يرجع ذلك في جزء منه إلى علمهم أن هذه الأفعال والأفكار خالية من المعنى . ويلجأ هؤلاء المرضى إلى تصنع السواء Normality قدر استطاعتهم عن طريق حصر قيامهم بطقوسهم في ساعات حياتهم الخصوصية ، وتقادي المواقف الاجتماعية الحميمة التي قد تنكشف فيها أفعالهم القهرية . ومن المعهود بقاء هذه الأعراض طي الكتمان والستر سنوات كثيرة ، ولا يلتمس المريض العون إلا حينما يبدأ في الشعور بعمزه عن تدبير الأعراض ؛ أي عندما تبدأ في جعله يتجنب المدرسة أو الالتزامات الاجتماعية (ريبوبورت ، ١٩٨٩) . ولكن تكتم الأعراض والقيام بالطقوس بعيداً عن أعين أقرب المقربين لهي مهمة شاقة حقاً على المريض في معظم الأحوال .

ومن العواقب الشائعة لاضطراب الوسواس القهري الأثر السلبي الذي يمكن أن يحدثه الاضطراب في المريض نفسه وفي علاقاته بغيره من الناس وبخاصة أعضاء الأسرة ، فإن من ترهقهم الرغبات التي لا يمكن مقاومتها كالحاجة إلى غسل أيديهم كل عشر دقائق ، أو لمس كل مقبض باب يمرون به ، أو يعدون كل قطعة آجر (بلاط) في

أرضية الحمام ، هؤلاء الأشخاص يغلب أن يسيبوا قلقاً وهمّاً أو استياءً وغيظاً لدى أقرانهم (الزوج أو الزوجة) وأطفالهم وأصدقائهم وزملائهم فى العمل .

كما أن المشاعر المعادية أو المضادة التى يشعر بها هؤلاء الأشخاص المهمين بالنسبة للمضطرب يغلب أن يشوبها الشعور بالذنب ، لأنهم - على مستوى معين - يفهمون أن الشخص لا يستطيع فى الحقيقة أن يتوقف عن فعل هذه الأمور غير ذات المعنى . وأخيراً فإن الآثار غير المرغوبة على الآخرين - بدورها - يتوقع أن تكون عواقب إضافية ؛ إذ تولد مشاعر الاكتئاب والقلق الشامل لدى مريض الوسواس القهرى ، وتجهز المسرح لمزيد من التدهور فى العلاقات الشخصية . ولذا يركز بعض المعالجين النفسيين على علاج الزوجين معا نتيجة الضيق الزواجى والصراع الزوجى (Davison & Neale, 1996, p. 152) .

ويزداد الاحتمال كثيراً عند مرضى الوسواس القهرى لحدوث البطالة بشكل مزمن ، بما لذلك من آثار اقتصادية فى المجتمع ، ولكن من المعروف أن غالبية هؤلاء المرضى لا يبحث عن المساعدة .

ويؤدى اضطراب الوسواس القهرى إلى إعاقة كبيرة لنوعية الحياة Quality of life ، وتقرب هذه الإعاقة مما يوجد لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ، كما تحدث لدى مرضى الوسواس القهرى إعاقة فى وظائفهم الاجتماعية والأسرية وفى التوافق الاجتماعى (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 24f) . ونعرض فيما يلى لهذه الآثار بشيء من التخصيص والتفصيل.

الضيق والكرب بالنسبة للمريض

على الرغم من أن الدقة والنظافة مزايا وفضائل Virtues تساعد الناس فى أعمالهم وفى حياتهم اليومية ، فإن سلوك الدقة والنظافة عندما يحكم كل فعل يقوم به الفرد فإنه لا يكون عندئذ سمة مرغوبة عند الشخص ، بل جانب من جوانب اضطراب الوسواس القهرى لديه ، وقد يسبب ذلك كثيراً من المعاناة والإعاقة والتشتيت واستهلاك الوقت .

ومن الممكن أن تكون الإعاقة التي يسببها اضطراب الوسواس القهري ضخمة - على الأقل - كذلك التي يسببها الفصام المزمن ، وتستمر طويلا لعدة عقود . وكثير من الحالات فقدوا وظائفهم من جراء الطقوس التي تجعلهم يصلون متأخرين أو التي تجعلهم يعملون ببطء شديد جداً ، والتي يمكن أن تجعلهم يوقفون كل حياتهم الاجتماعية ، ويصبحون منعزلين عن العالم ، فمن الممكن أن يقضى المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وقتاً طويلاً من يومهم وليلهم في الاغتسال المتكرر ، أو المراجعة ، أو العد ، ومن ثم فإنهم لا يذهبون إلى السرير قبل الرابعة صباحاً . وحتى في هذه الساعة فقد يسقطون من الإعياء حتى إنهم ينامون بملابسهم الكاملة على أريكة في الردهة أو حجرة الجلوس بدلا من البدء في طقوس الاستعداد للنوم غير المنتهية .

ويجلس بعض المرضى في سكون على مقعد معظم ساعات اليقظة حتى يتجنبوا أن يصبحوا «قذرين» ، ذلك لأنهم عندما يعتقدون أنهم أصبحوا «قذرين» فإنهم يبدأون ساعات لا تنتهي يغسلون فيها أنفسهم وما يحيط بهم من أشياء (Marks, 1987, p. 433f) .

ويمكن تقدير أبعاد المشكلة حينما يتفكر المرء في المعاناة الشديدة التي يقاسيها هؤلاء المرضى ، وقد يعني الاضطراب الوسواسي القهري حياة يغمرها القلق والانعزال حتى لأولئك الذين يستطيعون «السير» في المدرسة أو على صعيد العمل . وهؤلاء المرضى هم الأكثر تعرضا لحالات الطلاق من غيرهم أو تجنب الزواج منذ البداية - ولربما أمكن عزو بعض السبب في ذلك إلى حرصهم على منع انكشاف طقوسهم السرية الخصوصية (رييبرت ، ١٩٨٩) .

إن هذا الاضطراب في حالاته الشديدة يمكن أن يسبب تمزقا لحياة المريض ، ويتدخل في كل جنبات حياته بحيث تصبح كل نشاطاته في «خدمة» الوسواس والطقوس القهرية . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : «رائحة الوسواس» :

«رانيا» سيدة في الحادية والثلاثين من عمرها ، دخلت المستشفى لمتابعة علاجها من

اضطراب وجداني ثنائي القطب مع أعراض هوس ، وتمت السيطرة على أعراضها ،
وعولجت بالعقاقير المثبتة للحالة المزاجية وبمضادات الاكتئاب ، وشفيت من هذا
الاضطراب .

وعندما مثلت «رانيا» خلال المقابلة بشكل مباشر عن الوسواس والقلق ، وصفت
سلسلة معقدة من الأفكار المتتمة والطقوس التي تدور حول العطور وأدوات التجميل .

فقد كسنت «رانيا» - وهي تعد نفسها كي تنام - مجبرة على فتح وشم كل
زجاجة أو «برطمان» للشامبو وأدوات «المكياج» ومرطبات الجلد على رفوف حمامها ، ثم
تقدم عندئذ إلى المزيّنة (السراحة) الخاصة بغرفة نومها ، حيث تشم كل زجاجة من
زجاجات العطر أو الكولونيا الكثيرة الخاصة بها . وعندما تنتهي من هذا العمل تبدأ في
الخوف من أن تكون قد أخفقت في إغلاق موقد الطهي ، فيتعين عليها أن تذهب إلى
حجرة المطبخ لتراجع - في موقد الطهي - كل المقابض وأماكن الاشتعال في الفرن ،
ويؤدي بها ذلك إلى الأبواب ، حيث تراجع - بشكل متكرر - أقفال الباب .

وحيث إن «رانيا» لا تستطيع أن تدخل حمامها ولا غرفة نومها دون القيام بطقوس
الشم الخاصة بها مرة ثانية ، فإن هذه الطقوس تتواصل وتستمر في دورات تصل إلى
ساعات وساعات ، حتى تنهار أخيراً وينالها الإجهاد والإعياء .

وكثيراً ما «تلتصق» رائحة عطر معين في ذاكرة «رانيا» ، وتجبرها على أن «تفرز» كل
حقائبها وصناديقها لتصل إلى كل المنتجات التي صنعتها هذه الشركة المنتجة ، وتستبعد
المنتجات التي صنعتها الشركات الأخرى ، وحتى تتجنب «التلوث» فإنها عندئذ تستخدم
فقط المنتجات التي صنعتها هذه الشركة . وكى تقوم «رانيا» بذلك على خير وجه فإنها
لا تستطيع أن تنام . وكثيراً ما يحدث أن «تلتصق» بأنفها رائحة مختلفة في الصباح ،
عندئذ يتعين عليها أن تعيد كل خطوات هذه العملية مرة ثانية مما يجعلها تتأخر
عن عملها .

وحتى الوقت الذي تمت فيه المقابلة المبدئية فقد أنفقت «رانيا» بضعة آلاف من

الدولارات لتطلب «خطوطاً» كاملة من أدوات التجميل و«الشامبو» وغيرها من المنتجات ، كما أن لديها أيضاً مجموعة من مئات المجالات لتساعدنا على الوصول إلى هذه المنتجات .

وتصف «رانيا» فترات مرت بها ، تكون خلالها مشتمزة جداً بحيث يجب أن «تطهر» نفسها ، فتقوم بفحص كل العطور وأدوات التجميل الخاصة بها ، وتقذف بهذه الأشياء التي استمتعت بها كثيراً ، وذلك بسكبها في الحوض . ويعد هذه الفترات تصبح «رانيا» شديدة الاحتياج كما لو كانت مسعورة ، وتجبرها هذه الحالة على استبدال كل شيء قذفته أو تخلصت منه . وفي بعض الأحيان كانت «رانيا» تقود سيارتها ليلاً إلى «سوبر ماركت» يعمل ٢٤ ساعة في ولاية مجاورة ، حيث يمكنها أن تشتري شيئاً ما يجب أن تحصل عليه .

وهناك جانب شائق في هذه الحالة وهو المكون الشمي القوي ، وبخاصة الطريقة التي تكون فيها الرائحة قادرة على إثارة الأعراض* (Greist & Jefferson, 1995, pp. 171-174) .

إن اضطراب الوسواس القهري مزعج ومضايق جداً ؛ لأنه يتضمن نقصاً أو انتفاءً للتحكم الإرادي للفرد في أفعاله وأفكاره ، وإن العجز عن تخليص النفس من الأفكار التي لا يمكن التحكم فيها والتي تعد غريبة Alien وغير مقبولة غالباً ، أو الامتناع عن القيام بالأفعال الطقوسية مرات ومرات يثير قلقاً عميقاً . وقد ذكر ٧٠٪ من مرضى الوسواس القهري في إحدى الدراسات أن طقوسهم مزعجة ومضايقة لأنفسهم ولأسرهم معاً ،

* من الطريف أن شركة «كالفن كلاين» Calvin Klein قد أنتجت عطرأ اسمه «وسواس» Obsession . ويذكر «جيفري شوارتز» ، وبيفرلي بيتي» (Schwartz & Beyette, 1996, p. xv) أن هذه الشركة إذا كانت قد فهمت جيداً معنى الوسواس فإن العطر كان من الأفضل أن يكون اسمه «اجترار» Rumination . ويذكر هذان المؤلفان أنك إذا رأيت منظراً جميلاً جداً وأعجبك ولم تستطع أن تخرجه من عقلك فإن ذلك يعد اجتراراً ، لأنه ليس مزعجاً ، وليس طبعياً وسواءً أن تفكر فيه فقط بل من الطبيعي أن تكون مسروراً لهذا التفكير . وفي كل ذلك فهو مختلف عن الوسواس .

وعد ٧٨٪ منهم أن طقوسهم سخيفة ، في حين حاول أكثر من ٥٠٪ منهم أن يقاوموا تنفيذ هذه الطقوس ، ولكن الإخفاق في الاشتغال بالطقوس وأدائها ينتج عنه ارتفاع القلق والتوتر (Sue, Sue, & Sue , 1990,p. 162). فقد بينت الدراسات أن القيام بالفعل القهري يؤدي إلى انخفاض التوتر وإلى الرضا ، ومن ناحية أخرى فإن القلق يزداد إذا حاول الفرد أن يقاوم الأفعال القهرية (Kisker, 1977,p. 215) .

آثار الاضطراب في الأسرة

يبدو أن الأسرة لا تتأثر في بعض الحالات باضطراب الوسواس القهري لأحد أعضائها ، ولكن الأسرة - في حالات أخرى - تتأثر بشدة نتيجة فقد المريض لعمله أو ماله أو حياته الاجتماعية ، فعندما تمنع الطقوس القهرية المريض من القيام بدوره الطبيعي في تسيير أمور المنزل فإن الأقارب يجب أن يضطلعوا بالمسؤولية ، ويتولون أمر الأسرة بشكل كامل . ولكن المرضى قد يطلبون من الأقارب أن يشتركوا في الطقوس والسلوك التجنبي .

لقد عاش كثير من أسر مرضى اضطراب الوسواس القهري حياة شاذة تبعاً لما يورده «إسحق ماركس» ، فقد قامت مريضة تخاف من تلوث منزلها بإجبار أسرته على الانتقال من مسكنها خمس مرات في ثلاث سنوات ، وذلك للتعجب الكامل للمناطق القفورة من المدينة ، وتم منع الزوار من دخول المنزل ، مما أدى إلى عزلة اجتماعية تامة . وقد يصبر مرضى الوسواس القهري على أن يتجرد أعضاء الأسرة من ملابسهم وأحذيتهم التي يلبسونها خارج المنزل قبل أن يسمح لهم بالدخول إليه ، وفي المنزل قد يُمنع الأقارب من دخول حجرات معينة أو لمس أشياء محددة ، وقد تصبح دورة المياه مشغولة بضع ساعات ، وربما لا يسمح لأعضاء الأسرة بأن يذهبوا إلى السرير إلا بعد الانتهاء من طقوس محددة ، فكانت فتاة مريضة في الربيع الثامن عشر تحجب والديها على أن يراقبا الطقوس الممتدة وقت النوم للتأكد من أنها قد أدت هذه الطقوس بطريقة سليمة ، كما يتعين عليهما مراقبتها وهي تنظف أسنانها ، وأخيراً فإن عليهما أن يخضعا - بشكل متكرر -

للطقوس المتعلقة بقبالات المساء .

وأحياناً يضغط المرضى على أهليهم - حتى يصاب الأهل بتعب شديد - كي يستمروا فى طقوس غسل ملابسهم أو تطهيرها ، أو حتى يستيقظوا فى منتصف الليل ليتأكدوا - للمرة العاشرة - من أن الرضيع ما يزال يتنفس أو من أن مفتاح فرن الموقد مغطاً . لقد كان شاب فى السابعة عشرة من عمره يجبر أمه على أن تنظف سكين المائدة والأنية الخاصة به بشكل متكرر ، ثم يراقبها منتظراً إياها حتى تضع السكر والملح والفلفل فى طعامه ؛ لأنه لا يريد أن يلمس الزجاجات التى تحتويها .

ومريض آخر صغير السن كان يمنع والديه من قراءة الصحف خوفاً من أن يتشتر التلوث من ورق الصحيفة القذر . وكانت أخرى لا تسمح لأُمها بأن تنظف المنزل عندما تكون هى داخله (وكانت كذلك معظم الوقت) خشية أن يصيبها الغبار بالعدوى . وكانت امرأة فى منتصف العمر تخاف التلوث من الشوكولاته ، وكانت تمنع زوجها من أن يأكل الشوكولاته فى أى مكان وفى أى وقت ، سواء أكانت موجودة أم لا ، ولدى عودتهما إلى المنزل كل ليلة كان يتعين عليه أن يعدد بدقة ما كان قد أكله فى هذا اليوم .

وفى حالات كثيرة كان المريض يوجه الأسئلة إلى الأهل ، ويطلب منهم طلبات غير متناهية وعملة ، وكان يتعين عليهم أن يجيبوا طلباته سعياً إلى تطمينه ، وذلك مثل : هل أنا نظيف ؟ هل قتلت شخصاً ما ؟ هل موقد الطهى مغطاً ؟ هل الأطفال آمنون ؟

وحتى لو استطاعت الأسرة أن تقاوم مثل هذه المطالب - وذلك أمر ليس سهلاً - فإن منازلهم تبدو غريبة ، فقد يلمع الحمام من النظافة ويتم تطهيره بشكل كامل ، فى حين أن أجزاء من المطبخ تغطيها بقايا طعام عمره شهر . ويشبه ذلك أن بعض المرضى تدمى أيديهم من الساعات التى يقضونها فى غسلها ، فى حين أن بقية أجسامهم قدرة .

إن المرضى بوسواس النظافة سوف يملأون المطبخ والحمام ودورة المياه بأكوام من الصابون ، والقفازات المطاطة ، وصناديق مسحوق الغسيل ، والمناديل الورقية ، ولفات الفوط الورقية ، وورق التواليت ، وزجاجات السوائل المطهرة .

فأما من لديهم قهر المراجعة فيأتيهم يضعون قوائم طويلة عند نقط مركزية ، وسوف يحافظ مرضى الدقة والترتيب على منازلهم نظيفة لا عيب فيها وكل شيء في مكانه ، ولكن قد يكون من المستحيل تقريباً أن تتحرك في منزل شخص مصاب بوسواس الاحتفاظ والتخزين Hoarding ، حيث تصبح عمراته وغرفته مكرمة ومكومة بالصحف القديمة ، وعلب الطعام ، والأجهزة المكسورة ، وقطع من الحبال ، والمسامير . لقد خزن رجل وسواسي عربة قديمة صدئة على شكل تجميعات في «الجراج» ، في حين أنه ترك سيارته الجديدة معرضة لعوامل الجو في الطريق (Marks, 1987, p. 435f) . انظر إلى هذه الحالة :

حالة : «الأم أسفل الظهر عند الأم تكشف

عن اضطراب الوسواس القهري لدى الابن»

«وليد» رجل في الحادية والأربعين من عمره ، عَزَبَ ، لا يعمل ، أحضرته أمه إلى المستشفى - تبعاً لنصيحة طبيبها - بهدف الفحص الطبي النفسي . وكان «وليد» يعيش مع أمه ، ويعتمد كلية عليها سنوات طويلة ، وكان عمرها ٦٨ عاماً . وقبل تسعة أشهر من وصوله إلى العيادة فقد طور المريض أعراضاً ملوامة ومعجزة له بشدة ، وعجل بحدوث هذه الأعراض مشاهدته لعرض تلفازي تضمن قتل امرأة عجوز .

وبعد مشاهدة هذا العرض ، وكلما سمع «وليد» كلمة أو كلمات معينة من التلفاز تعنى «الموت» أو «الاحتضار» ، فإن عليه عندئذ أن يتلو هذه الكلمة أو الكلمات (١٦) مرة ويكتبها فوراً على ورقة ، ثم يأمر أمه أن تكرر عبارات معينة متصلة بالقيام «بأفعال» معينة مثل : «أذهبى إلى السوق» ، و«أذهبى إلى مخزن السلع» ، و «أذهبى إلى البنك» . . . وهكذا .

وكان «وليد» - بعد هذه التلاوة - يطلب من أمه أن تكرر الكلمة أو الكلمات المتصلة بالموت أو الاحتضار (١٦) مرة ، ثم تعيد تلاوتها مرة أو مرتين . بعد ذلك كان يأمر والدته

أن تكرر عبارات ذات توجه عملي وغير مرتبطة بما سبق أن قالته ، مثل :«جاء وقت الأكل» ، و«اغسل أسنانك» ، و«اغسل وجهك» ، و«صف شعرك» . وفى أثناء تلاوة الأم لهذه العبارات يظل الابن متوتراً ودون حراك ، وبعد المرات التى تتلو فيها أمه كل عبارة .

وبعد تكملة هذه الطقوس كان «وليد» يفحص الحجرة بدقة للتأكد من أن كل شيء فى موضعه ، وكانت الأم تقوم بهذه الطقوس على مضض لتساعد على إنهاء قلق ابنها . وكان على الأم أن تجلس فترات طويلة من الزمن خلال كل تلاوة ، ومن ثم أصيبت بالأم أسفل الظهر Backache ، وهو الأمر الذى دفعها إلى البحث عن العلاج فى المستشفى ، حيث نُصحت أن تحضر ابنها للعلاج .

ويتضح من هذه الحالة التأثير الكبير الذى يمكن أن يحدثه اضطراب الوسواس القهري فى حالته الشديدة على وظائف الأسرة ، وفى هذه الحالة أصبحت الأم وكذلك الابن من ضحايا هذا الاضطراب . وبما يجعل هذه الحالة مثيرة للمشاعر ، الابتزاز الانفعالى الذى مارسه «وليد» على أمه بإقناعها بأن قلقه يمكن أن يشفى فقط عن طريق سلوكها . ومن الواضح أن الأم فى هذه الحالة قد وقعت فى شرك (أى فخ أو حبال) طقوس ابنها ، فى محاولة منها لتحقيق السلام وتخفيف القلق بالنسبة له .

ولا يشجع القائمون على العلاج الأسرى هذا النوع من سلوك الاندماج الزائد ، لأنه يضيف إلى تدهور الوظائف الاجتماعية والمهنية للشخص المتأثر ، ولا يشجع المعالجون السلوكيون كذلك مشاركة الأسرة فى الطقوس ؛ لأن مثل هذه المشاركة تفاقم الاضطراب ولا تشفيه (Greist & Jefferson, 1995,p. 119f) .

آثار الاضطراب فى الأطفال

من الممكن أن يتأثر الأطفال بوضوح من السلوك الوسواسي القهري ، فقد يتوقف آباؤهم المضطربون عن رعايتهم ، ويزيدون من حرمانهم الانفعالي من جراء القيود البدنية الغريبة أو الشاذة ، فنتيجة للخوف من الإصابة بالسرطان ؛ فإن الأم الوسواسية القهرية

التي لا تتحرك عادة ترفض أن تلمس أطفالها أو الأشياء الخاصة بهم ، وتغتمهم من لمس جسدها وملابسها والصابون والمسايق التي تستخدمها ، إن هؤلاء الأطفال ممنوعون من السير قريباً من الصيدليات أو المستشفيات ، وممنوعون أيضاً من اللعب مع الأطفال الذين يعيشون في أسر «مشكوك فيها» ، ومن دعوة أصدقائهم إلى منزلهم ، ولدى عودتهم من المدرسة يتعين عليهم أن يخلعوا ملابسهم ، وينفذون طقوس نظافة وغتسال معينة .

وامرأة أخرى لديها طقوس مراجعة ونظافة ، جعلت هذه الطقوس تسيطر على الحياة المنزلية لأسرتها ، فكانت تجبر أطفالها الصغار على خلع ملابسهم في أوقات وأماكن معينة ، وكان ذلك يتم فقط عندما كانت تجلس على مقعد معين أسفل الدرج ، وكانت غرفهم قلوة وغير مرتبة ، حيث كانت لا تستطيع أن تلمس معظم محتوياتها . وفي أسر أخرى فقد اضطرت الحياة المدرسية للأطفال نتيجة الانتقال المتكرر من المنزل وتغييره ، والذي أملتته المخاوف الوسواسية القهرية .

إن معظم أطفال مضطربي الوسواس القهري الذين ينشأون في مثل هذه البيئات الشاذة لا توجد لديهم هم أنفسهم مشكلات واضحة ، وذلك يُعزى إلى طاقاتهم التكيفية . وإن الخوف من نقل المشكلة إلى الأطفال يؤدي ببعض الآباء إلى طلب المساعدة . ويطور بعض الأطفال ملامح وسواسية قهرية خلال مرض والديهم أو بعد ذلك بكثير ، وقد يشبه الاضطراب لديهم اضطراب والديهم أو قد يكون مختلفاً تماماً . ففي أسرة واحدة كانت الأم وبتاها ينمن معاً في السرير نفسه . وقد طور الثلاثة جميعاً طقوس اغتسال متشابهة معتمدة على الخوف من القذارة ، في حين أن الوالد والابن كانا ينامان معاً في سرير آخر ، ولم يطور أي منهما أي طقوس (Ibid) .

استجابة الأقارب

بعض الأقارب - بساطلة - لا يذعنون إلى طلب المرضى أن يشاركوهم طقوسهم ، في حين يذعن آخرون طناً منهم أن ذلك سوف يساعد المريض ، ومع ذلك فإن بعض الأقارب يمكن أن يحتجوا ، ولكن اضطهاد المريض وظلمه لهم يجعلهم يخضعون خضوع

التذمر المغلوب على أمره ، نتيجة لما يواجهه الأقارب من سورات الغضب والصيحات والإساءة البدنية من المريض بعد رفض الأقارب الاستجابة لطلباته . وفي كثير من الأسر تستمر المعركة الغاضبة سنين عددا ، وبعض الأقارب يفيض بهم الكيل ويغادرون المكان . ويبدأ بعض الأشخاص فى مشاركة مريض الوسواس القهرى معتقداته ، ويتواطأ معه - بسعادة - فى كل ما يفعله ، ولكن من النادر أن يصل ذلك إلى نقطة «الجنون المزدوج» .

ويصبح الأقارب فى مأزق أو ورطة فى مواجهة الطلبات الشاذة لمريض الوسواس القهرى ، ذلك أن الاستسلام والإذعان لهم يؤدى إلى زيادة طلباتهم وإلى وقف النشاطات السوية لأى فرد فى المنزل وتعجزه . وتصبح المعضلة مؤلة بوجه خاص إذا كان رفض الأسرة المشاركة فى الطقوس مؤدياً إلى أن يغادر مريض الوسواس القهرى المنزل للهرب من التلوث ، وحتى يمارس طقوسه إلى الحد الذى يرضى هو عنه .

والحقيقة أن الرفض الحازم - ولكن بطريقة رقيقة - لالتصياح لطقوس الوسواسى أفضل على المدى الطويل ، وذلك على الرغم من الاضطراب الذى يمكن أن يسببه ذلك فى البداية . وما لم يفعل المخالطون للمريض (أقاربه) فقط ما يعدونه سوياً وطبيعياً دون أن يكرهوا على الإذعان والخضوع للمطالب غير المعقولة فإن الطقوس التى يقوم بها المريض يمكن أن تنتشر بشدة فى أى مجال اجتماعي متاح لها . وباستخدام المبادئ العلاجية للتعرض ومنع الاستجابة (انظر الفصل الثالث عشر) يمكن أن يصبح المخالطون معالجين فاعلين ، ولكنهم يحتاجون إلى الدعم والمساندة فى هذا الدور الدقيق (Marks, 1987, p. 437) . وبدلاً من التواطؤ مع المريض ومشاركته أعراضه يكون للأهل دور فى شفاؤه وخلاصه من هذه الأعراض .

ملخص

لاضطراب الوسواس القهرى آثار فى المريض وأسرته ، فأما آثاره فى المريض فتجسد فى جوانب عدة ؛ منها الجهد الذى يبذلونه لإخفاء أفعالهم الطقوسية وأفكارهم الوسواسية ، فيلجأون إلى تصنع السواء بحصر قيامهم بالطقوس القهرية فى ساعات

حياتهم الخصوصية ، وتفادي المواقف الاجتماعية التي قد تكشف عن أفعالهم القهرية . وقد يكون نكتم الأعراض والقيام بالطقوس بعيداً عن الناس مهمة شاقة .

وعندما تتكشف أعراض الاضطراب بالنسبة للقرين (الزوج أو الزوجة) فإنها تسبب لهم قلقاً وغيظاً شديدين ، وقد يصاحبها مشاعر الذنب لدى تأكيدهم من أن المريض لا يستطيع أن يتوقف عن القيام بطقوسه . ويهيئ ذلك لمزيد من تدهور العلاقات الشخصية ، وانخفاض لنوعية الحياة ، وإعاقة في وظائفهم الاجتماعية والأمسية وتوافقهم ، وقد يؤدي إلى الطلاق .

ومن الممكن أن تتدخل أعراض المريض وقيامه بطقوسه القهرية في حسن أدائه لعمله في مهنته ، أو تأخره الدائم عن مواعيد الحضور إلى مكان عمله ، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى الاستغناء عنه ، بما يترتب على البطالة من آثار سيئة في الفرد والأسرة والمجتمع .

ويزداد الأمر تعقيداً عندما يطلب مرضى الوسواس القهري من أفراد أسرهم الاندماج في الطقوس التي يقومون بها أو يجعلون أفراد الأسرة يراقبونهم للتأكد من أن المريض قد قام بطقوسه بشكل سليم .

ومن الممكن أن يتأثر الأطفال بوضوح من السلوك الوسواسي القهري لأبائهم ، نتيجة تقييد أبائهم تحركاتهم خوفاً عليهم ، ويمكن أن يؤدي الانتقال المتكرر من المسكن للبعد عن التلوث مثلاً إلى مشكلات دراسية للابناء .

* * *

الفصل العاشر

الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

تمهيد :

يحدث في اضطراب الوسواس القهري - بشكل متكرر - تجنب للمواقف التي تشتمل على مضمون الوسواس ، مثل القذارة والتلوث ، فإن الفرد الذي يعاني من وسواس متصلة بالقذارة يمكن أن يتجنب دورات المياه العامة ، ويتجنب التصافح باليد مع الغرباء . ويشيع في هذا الاضطراب الانشغالات المتصلة بتوهم المرض ، مع زيارات متكررة للأطباء بحثاً عن الطمأنينة وإعادة الطمأنينة . وقد يعاني هؤلاء المرضى من الذنب Guilt ، وهو شعور مريض بالمسؤولية ، وقد توجد لديهم اضطرابات النوم ، ويمكن أن يتسم هؤلاء المرضى بالاستخدام المفرط للخمر أو العقاقير المهدئة أو المنومة أو المخفضة للقلق . وقد يصبح تنفيذ الأفعال القهرية نشاطاً أساسياً في حياة مثل هؤلاء الأفراد ، مودياً إلى عجز خطر في النواحي الزوجية أو المهنية أو الاجتماعية . وقد يجعل التجنب الشامل ، الفرد ، مقيداً في منزله لا يود مغادرته (APA, 1994,p.491) .

الاضطرابات المصاحبة

من الشائع لدى المرضى باضطراب الوسواس القهري أن يمروا بخبرة الإصابة بالقلق العام الشديد ، والمخاوف المرضية ، ونوبات الهلع المتكررة ، والتجنب المعوق ، والاكتئاب الأساسي . وتحدث جميعها - بشكل تلقائي - مرتبطة بأعراض الوسواس القهري .

ويختلف اضطراب الوسواس القهري عن بقية أنواع اضطرابات القلق في أن الأخيرة يكون فيها الحادث الخطر عادة موضوعاً أو موقفاً خارجياً ، أو على الأقل ذكرى معينة ، في حين أن الحادث الخطر في اضطراب الوسواس القهري عبارة عن فكرة أو صورة متخيلة أو دفعة إلى فعل أمر ما . ولكن مريض الوسواس القهري يحاول أن يتجنب هذه

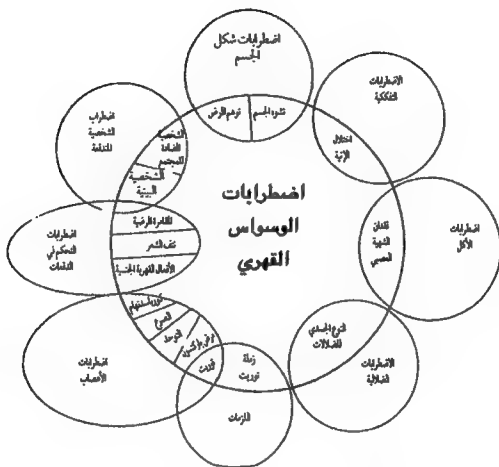
الأفكار أو الصور المتخيلة أو الاندفاعات تماماً كما يحاول مريض الخوف الشاذ أن يتجنب الشاعين مثلاً .

ألم يحدث أن قال لك شخص ما : لا تفكر في القيلة الحمراء ؟ وإذا ركزت انتباهك في الحقيقة على عدم التفكير في القيلة الحمراء مستخدماً كل وسيلة عقلية ممكنة ، عندئذ فإنك سوف توفن كم هو صعب أن تقمع فكرة أو صورة تخيلية ، إن الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري يحاربون هذه المعركة طوال اليوم ، وكل يوم ، وأحياناً طوال حياتهم تقريباً (Barlow & Durand, 1995, p.195) .

وتعد الوسواس والقهر شرطاً ضرورياً في اضطراب الوسواس القهري ، ومع ذلك فإن التفكير الوسواسي والطقوس القهرية يمكن أن توجد أيضاً في اضطرابات أخرى . ومن ثم ظهر مصطلح «الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري» - Obsessive compulsive related disorders (Hollander, 1983) (انظر شكل ٨) . ويندرج هذا المصطلح تحت المصطلح الأشمل وهو : المرضية المشتركة Comorbidity ، وتعني حدوث أو وجود أكثر من مرض واحد في الوقت نفسه ولدى الفرد ذاته . . . وتتاح أدلة على وجود المرضية المشتركة في عدد من الاضطرابات والأمراض ومنها : الاكتئاب ، والإدمان على الكحول ، واضطراب نقص الانتباه وزيادة الحركة ، وصعوبات التعلم ، واضطرابات النمو الشاملة ، وزملة توريت ، واضطراب الهلع ، والخوف من الأماكن الواسعة ، وكذلك اضطراب الوسواس القهري (Campbell, 1998, p. 139) . ويبين جدول (٣١) أهم هذه الاضطرابات (Op. Cit.) .

جدول (٣١) : أهم الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

اضطراب تشوه الجسم	زملة «توريت»
اضطراب اختلال الإثية	الأفعال القهرية الجنسية
فقدان الشهية العصبي	المقامرة المرضية القهرية
توهم المرض	اضطرابات الشخصية القهرية
هوس تنف الشعر	اضطراب الفضلالات



شكل (٨): أهم الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

وبين جدول (٣٢) أهم هذه الاضطرابات تبعاً للدراسة واقعية ، ويتضح من هذا الجدول أن اضطراب الوسواس القهري تصاحبه على الأقل ثمانية اضطرابات بنسب متفاوتة .

جدول (٣٢) : الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهري تبعاً لدراسة واقعية

التشخيص	حاليا (ن=١٠٠)	مقابلة شبه مقننة (ن=١٠٠)	قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصامية (ن=٦٠)
١- اضطراب الاكتئاب الأساسي	٪٣١	٪٦٧	٪٧٨
٢- المخاوف البسيطة	٪٧	٪٢٢	٪٢٨
٣- اضطراب قلق الانفصال	--	٪٢١	٪١٧
٤- المخاوف الاجتماعية	٪١١	٪١٨	٪٢٦
٥- اضطراب الأكل	٪٨	٪١٧	٪٨
٦- سوء استخدام الكحول	٪٨	٪١٤	٪١٦
٧- اضطراب الهلع	٪٦	٪١٢	٪١٥
٨- زملة قنوتيت	٪٥	٪٧	٪٦

(انظر : Rasmussen, & Elsen, 1989)

وبين جدول (٣٣) أهم الاضطرابات المصاحبة للوسواس القهري تبعاً للدراسة
مصرية واقعية (Okasha, et al, 1994) .

ونعرض فيما يلي لبعض الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري .

الوسواس القهري والقلق

إن السبب في تصنيف اضطراب الوسواس القهري بوصفه أحد اضطرابات القلق هو أن الوسواس مثير للقلق ، في حين أن السلوك القهري مخفض للقلق ولكنه لا يؤدي

جدول (٣٣): الأمراض المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري
في عينة من المرضى المصريين (ن=٩٠)

الحلوث		التشخيص
%	العدد	
٣٥,٦	٣٢	١- اضطراب الاكتئاب الأساسي
٦,٧	٦	٢- اضطراب المخاوف الشاذة
٦,٧	٦	٣- اضطراب التحكم في الاندفاعات
٣,٣	٣	٤- اضطراب الأكل
٤,٤	٤	٥- اضطراب استخدام المواد المؤثرة نفسياً
٦,٧	٦	٦- اضطراب الهلع
٣,٣	٣	٧- اضطراب القلق المعمم
٣٣,٣	٣٠	٨- لا تشخيص طبيّاً نفسياً آخر

* قربت النسب المئوية .

عن (Okasha, et al., 1989).

إلى الشعور بالسرور (Hollander, 1993). ما الدليل على أن القلق كامن خلف اضطراب الوسواس القهري؟ هناك ثلاثة أدلة كما يلي :

أولاً : إن حقيقة كون علاجي الغمر ومنع الاستجابة (انظر الفصل الثالث عشر) مفيدتين في حالات الوسواس القهري تشير إلى أن هذا الاضطراب في أساسه اضطراب قلق ، حيث إنه من المعروف من تجارب المختبر أن الغمر ومنع الاستجابة طريقتان لإحداث الانطفاء أو التلاشي من الخوف أو القلق الشرطي . ويُستنتج من حقيقة أن الغمر ومنع الاستجابة مفيدتان في هذا المجال أن الوسواسي يعاني من القلق ، ومن ثم فإن الأخير

يتلاشى أو ينطفيء نتيجة هذا العلاج .

ثانياً : هناك علاقة تكامل بين التفكير الوسواسي والفعل القهري ، إن مريض الوسواس القهري الذي يفكر مثلاً باستمرار في أنه ترك صنوبر الغاز مفتوحاً سوف يقوم بشكل قهري في مراجعة موقد الطهي . ومن المحتمل عندما نلاحظه ألا نراه قلقاً بوجه خاص ، ولكن ماذا يحدث عندما لا نسمح له بتنفيذ طقوس المراجعة التي يقوم بها عادة ؟ إن الوسواس القهري في هذه الحالة يمكن أن يهزمه القلق ويتغلب عليه ، ويفكر في أن منزله سوف يحترق نتيجة لتسرب الغاز . ويشير ذلك إلى أن وظيفة الطقوس هي دفع القلق الكامن وصدّه . وباختصار فإن الأعراض القهرية عندما تنجح فإنها تمنع القلق من أن يخبّره الفرد ويمر به .

ثالثاً : يشعر بعض مرضى الوسواس القهري فعلاً ببعض القلق خلال الوسواس ، ولكن القلق ينتهي عندما ينفذون الفعل القهري ، فالمرأة المصابة بوسواس قهري من الألوان (انظر ص ٢٠٦) تشعر بأنها قد صدمت عندما ترى اللون البرتقالي ، ثم تشعر بأن قلقها قد توقف عندما تنظر إلى قطعة السجاد الأخضر (Rosenhan & Seligman, 1995, p.280) .

ومن المفترض كذلك أن القلق غير التكيفي هو المكون الأساسي في اضطراب الوسواس القهري ، كما أن القلق يعد القوة المحركة وراء أفكار الفرد وأفعاله . وقد افترض سابقاً أن الأفكار الوسواسية والطقوس القهرية تقوم بوظيفة تكيفية لأنها تشتت الفرد عن المصدر الأصلي للقلق . ولكن هذا الافتراض أصبح غير مقبول ، بسبب ما تأكد من أن الاضطراب يتدخل في حياة الفرد ، ويمكن أن يسبب له في الحقيقة قلقاً شديداً (Halgin & Whitbourne, 1993, p. 183) .

إن أصل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية محاولة للتحكم في القلق ، ليحتفظ الإنسان بعقله ممثلاً تماماً بأفكار أخرى ويده مشغولتان جداً بالنشاطات القهرية حتى لا يكون لدى الإنسان وقت كي يمعن النظر في أنواع القلق والمخاوف .

ويرى علماء النفس الوجوديون أن الناس يشغلون أنفسهم بالتفاصيل التافهة للحياة لأنه ترعبهم مواجهة المشاغل Concerns ذات الجذور العميقة في الوجود الإنساني كالموت والحرية والعزلة الوجودية ومغزى الحياة ومعناها (Carlson & Hatfield, 1992, p. 441) . وتوجد لدى معظم مرضى الوسواس القهري درجة مرتفعة من القلق ، ويطور كثير منهم سلوكاً تجنبياً لا يمكن تمييزه عن ذلك السلوك الذي يشاهد لدى مرضى المخاوف الشاذة (Rasmussen & Tsuang, 1984) . وقد لاحظ عدد من الباحثين نسبة حدوث مرتفعة لأعراض الخوف الشاذ Phobia لدى مرضى الوسواس القهري ، كما لاحظ «بيد» وزملاؤه أن وجود أعراض أحد اضطرابات القلق يزيد من احتمال حدوث أعراض غيره من اضطرابات القلق . وقد كشف «تيرنر» وزملاؤه أن مرضى الوسواس القهري يستجيبون بطريقة مشابهة كبقية مرضى القلق لعدد من المقاييس النفسية . وأوضحت دراسة «برير» وصحبه أن ١٧٪ من مرضى اضطراب الهلع Panic (وهو أحد تصنيفات القلق) يحققون أيضاً محكات اضطراب الوسواس القهري . ويفترض «تيرنر» ، ويبدل» أن طبيعة اضطراب الوسواس القهري وبقية اضطرابات القلق متشابهة تماماً ، ويرى أن الخوف من الهلع الملاحظ في مرضى اضطراب الهلع يتطابق تماماً مع الخوف من فقد السيطرة الذي يلاحظ على المرضى الوسواسيين ، كما أن نوبات القلق التي يمر بها ويجريها مرضى اضطراب الوسواس القهري متشابهة تماماً لنوبات الهلع أو نوبات الهلع المصغرة .

إن مرضى اضطراب الوسواس القهري يجترونها أفكاراً بالنسبة لأجسادهم ومخاوفهم بما يشبه شبحاً كبيراً بقية مرضى القلق الآخرين . وفي كل من اضطراب الوسواس القهري واضطراب الهلع يبذل المريض محاولة من نوع معين ليعادل neutralize أو يمنع حدوث بعض الأحداث الكريهة إما بواسطة التجنب الإيجابي وإما السلبي . ويكشف ذلك عن تشابهات وظيفية كبيرة بين اضطرابي الوسواس القهري والهلع ، هذا فضلاً عن التشابه في الاستجابة للعلاج في النوعين من الاضطراب

باستخدام طرق متشابهة من العلاج ، كل ذلك جعل الباحثين يستمرون في بحث التشابهات والفروق بين اضطراب الوسواس القهري وبقية اضطرابات القلق وبخاصة اضطراب الهلع في كل من الأسباب والعلاج (Sturgis, 1993) .

ولنبحث المسألة بشكل تفصيلي أكثر : ما الذي يدفع مريض الوسواس القهري إلى مثل هذه الأفعال القهرية كغسل التواليت عدداً من المرات يساوي مضاعفات الرقم ٣؟ بماذا يشعر عندما تستحوذ عليه فكرة وسواسية وينفذ طقوسه القهرية؟

إن الأفكار (المكون الوسواسي) مسببة للاضطراب الشديد ، ويعانى الفرد ضيقاً وكرباً داخلياً شديداً نتيجة لها ، وهناك عادة رد فعل معتدل للطوارئ ؛ يُشعر بنذر الشر والرعب ، فإذا نفذت الطقوس بشكل متكرر وسريع بما فيه الكفاية ، استجابة للأفكار ، فمن الممكن أن يقل القلق التالي لدى الفرد أو حتى يتضاده . وهذا هو السبب في وضع الوسواس القهري في فئة اضطرابات القلق ويوجه أخص في الاضطراب المسبب للقلق والمحدث له .

ويجد الوسواسي طرقاً للتعامل مع قلقه ، وذلك عن طريق تنفيذ طقوسه القهرية ، ولكن إذا منعت طقوسه القهرية ، فإنه سيُشعر في البداية بتوتر مشابه لما يمكن أن نشعر به إذا قام شخص ما بمنعنا من الرد على هاتف يدق . وإذا استمر العائق فإن الضيق أو الكرب يكتسحان عقل المريض ، هنا سيُشعر الفرد بالقلق بطبيعة الحال . عندئذ يمكن تقليل الضيق لدى المريض فقط عند قيامه بالفعل القهري الذي به يعادل القلق ويجعله محايداً ، ذلك القلق الذي أثارته الأفكار الوسواسية والصور المتخيلة . انظر إلى الحالة التالية (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 289) :

حالة : وسواس الألوان والحراة :

«سليمة» امرأة في منتصف العمر ، اشتكت من وسواس متصل بالألوان والحراة ، وتقول هذه المريضة : «إن مشكلتي الأساسية هي الألوان ، إنني لا أستطيع أن أنظر إلى أي لون من الألوان الموجودة في النار : الأحمر ، والبرتقالي ، والوردي » .

وكانت «سليمة» تعتقد أن ألوان الأزرق والأخضر والبني والأبيض والرمادي ألوان محايدة ، وكانت تستخدم هذه الألوان حتى تحايد وتعادل بها الألوان النارية ، وتقول «سليمة» : «إذا حدث أن رأيت لوناً نارياً فيجب عليّ أن أنظر في الحال إلى لون آخر لإلغاء هذا اللون الناري ، فيتعين عليّ أن أنظر إلى شجرة أو أزهار على الأرض . . . شيء بني أو أبيض لجعل اللون الناري محايداً» . وقد اعتادت «سليمة» أن تتجول ومعها قطعة صغيرة من بساط أخضر ، وذلك حتى تحايد أو تعادل آثار أي لون ناري قد يحدث أن تراه أو تتخيله .

ووصفت «سليمة» مشاعر الصدمة التي تسببها لها الصور المتخيلة للمنبهات الملونة (النارية) أو الساخنة كما يلي :

«إن الأمر يبدأ في عقلي ، وعندما أنظر إلى اللون الناري أبدأ في الارتعاش ، ويصبح جسمي كله ساخناً كما لو كنت في نار . ولا أستطيع أن أقف ، ويتعين عليّ أن أجلس وإلا فلنأتي سوف أسقط على الأرض . وأشعر بأنني مريضة ، وكل ما أستطيع أن أقوله هو أن هذه مشاعر صدمية ، هذه هي الكلمة الوحيدة التي أقدر على التفكير فيها لوصف هذا الأمر . وإذا كان هذا اللون (الناري) هو آخر لون نظرت إليه قبل أن أذهب إلى السرير فلنأتي لن أنام طوال الليلة» . وتضيف «سليمة» :

«وأحاول أن أحارب هذا الأمر وأمنعه ، وأذهب إلى السرير قائلة لنفسني : إن ذلك أمر سخيف ، إنني أعرف أن ذلك لا يمكن أن يؤذيني جسدياً ، ولكن ذلك يمكن أن يضرني عقلياً ، واضطجع هناك ، ويغمرنني شعور بالسخونة ، وأبدأ في الارتعاش . وإذا حدث ذلك فيجب عليّ أن أنهض من السرير ، وأرتدي ملابس كاملة مرة ثانية ، وأبدأ محاولة ثانية كما لو كنت أذهب إلى السرير أول مرة . وكان يتعين عليّ أحياناً أن أفعل ذلك أربع مرات أو خمساً قبل أن أستغرق في النوم أخيراً» .

الوسواس القهري والاكتئاب

القلق موجود دائماً في الوسواس القهري بطريقة ما ، ولكنه ليس العاطفة السلبية الوحيدة المرتبطة بالوسواس ، فإن الاكتئاب يحمل علاقة وثيقة به كذلك . وتظهر الوسواس والاكتئاب الإكلينيكي بشكل متكرر في الشخص الواحد . وفي الحقيقة فإن نسبة تتراوح بين ١٠٪ و ٣٥٪ من مرضى الاكتئاب يمكن أن يكون لديهم وسواس أيضاً ، وخلال فترة إصابتهم بالاكتئاب فإن حدوث الوسواس يتضاعف بمقدار ثلاث مرات فوق المعدل قبل الاكتئاب وبعده . ولا يميل مرضى الاكتئاب إلى تطوير الوسواس فقط ، بل إن المرضى الوسواسيين مستهدفون أي : قابلون لتطوير الاكتئاب أيضاً (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 289).

وكشفت دراسة مبكرة قام بها «روزنبرج» أن الوسواسيين القهريين يتزايد حدوث الاكتئاب لديهم ، ولكن لهم معدلاً منخفضاً من محاولات الانتحار بالنسبة إلى مرضى القلق (Templer, 1972) . وفي دراسة أحدث اتضح أن مرضى اضطراب الوسواس القهري قابلون أو مستهدفون للإصابة بالاكتئاب ، ووجد «جيتيلسون» أن بعض مرضى اضطراب الوسواس القهري عندما يصبحون مكتئبين تتفاقم الأعراض الوسواسية لديهم ، في حين أن بعضهم الآخر يصبحون أقل وسواسية ، وقد ظهر أن المرضى المصابين بالاكتئاب مع الوسواس يتناقص احتمال محاولتهم الانتحار بمقدار ٦ ، ٥ مرة بالنسبة لمرضى الاكتئاب دون الوسواس (Jenike, 1983) .

ولاحظ كثير من المؤلفين علاقة وثيقة بين الاكتئاب وأعراض الوسواس القهري ، وكشفت إحدى الدراسات أن هناك حدوثاً مشتركاً Joint occurrence لكلا النوعين من الأعراض لدى نسبة تتراوح بين ١٧٪ ، و ٣٥٪ ، وبينت إحدى الدراسات أن ٩٥٪ من المرضى الوسواسيين القهريين لديهم قابلية لردود الفعل الاكتئابية (McCarthy & Foa, 1990) . ويورد «هولاندر» (Hollander, 1993) أن ٨٠٪ تقريباً من مرضى اضطراب الوسواس القهري لديهم اكتئاب ، ويحقق ٣٠٪ منهم المحكات التشخيصية .

واتضح أن مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يعانون أيضاً من الاضطراب الوجداني Affective disorder يكشفون عن زيادة في الأعراض الوسواسية الشديدة ، ولكن لم يحدث لديهم مزيد من الأعراض القهرية الشديدة بالمقارنة إلى مرضى الاضطراب الوجداني . ويبدو أن الاضطرابات الوجدانية ترتبط - بشكل انتقائي - بسوء حالة الوسواس (Ficciardi & McNally, 1995) .

وفي الأثرية العظمى من الحالات فإن الأعراض الوسواسية تسبق تطور الأعراض الاكتئابية الواضحة ، وأظهرت دراسة «جودوين» وزملائه أن الاكتئاب الثانوي (الناجم عن اضطراب آخر) هو أكثر المضاعفات الشائعة لاضطراب الوسواس القهري (Rasmussen & Tsuang, 1984) . وقد لوحظ تطور الاكتئاب وحدوثه قبل بداية الأعراض الوسواسية وفي أثنائها وبعدها . ووجد «إنسل» وصحبه نسبة لا بأس بها من مرضى اضطراب الوسواس القهري لهم استجابة شاذة لاختبار قمع الديكساميثازون Dexamethasone Suppression Test ، ولهم فترة كمون قصيرة لحركات العين السريعة REM latencies ، وكلاهما مؤشران بيولوجيان للاكتئاب الداخلي .

وتشير هذه المكتشفات - فضلاً عن فاعلية عقار كلوميبرامين مع الوسواسيين - إلى افتراض قابلية وراثية لاضطراب الاكتئاب الأساسي لدى مرضى الوسواس القهري ، أو أن كثيراً من الوسواسيين لديهم في الحقيقة اضطرابات اكتئابية أولية مع ملامح وسواسية ثانوية (Rasmussen & Tsuang, 1984) .

ولقد دفع انتشار الأعراض الاكتئابية في اضطراب الوسواس القهري بعض الباحثين (مثل «إنسل» وصحبه) إلى أن يقرروا أن اضطراب الوسواس القهري هو اضطراب وجداني أكثر منه اضطراب قلق . والبيانات التي تؤكد هذا الموقف تشير إلى أن اضطرابي القلق والاكتئاب يشتركان معاً بوصفهما عوامل مهيئة للوسواس القهري ، فضلاً عن معدلات الحدوث المرتفعة جداً للأعراض الاكتئابية لدى مرضى اضطراب

الوسواس القهري .

ومن ناحية أخرى يرى آخرون أن العلاقة بين الوسواس القهري والاكتئاب سببها تطور الأعراض الاكتئابية لدى المرضى بعد تطويعهم لاضطراب الوسواس القهري ، فلم يجد «ريكمان» ، وهو دجسون «أي أعراض اكتئابية في بداية أعراض اضطراب الوسواس القهري في ٥٥٪ من الحالات ، وكشفت دراسة «ولنار ، وهوروفتس» أن الوسواس تسبق الاكتئاب في ٣٨٪ من الحالات ، في حين يسبق الاكتئاب الوسواس في ١١٪ فقط من الحالات ، وتحتاج هذه المسألة إلى مزيد من الدراسات (Sturgis, 1993) .

وعلى الرغم من أن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والاكتئاب ثابتة في دراسات كثيرة ، وليست محل شك ، فإن طبيعة هذه العلاقة تظل غامضة ، فهل يحدث الاكتئاب الأعراض الوسواسية ؟ وهل يصبح المرضى مكتئبين نتيجة للضيق والتقييد اللذين تفرضهما عليهم أعراض الوسواس القهري ؟ أو هل يرتبطان معاً من خلال متغير ثالث غير معروف ؟

وقد تم فحص الفرض الأول في دراسات على مضادات الاكتئاب ، وأهمها الكلوميبرامين Clomipramine ، فإذا كان الاكتئاب يسبب أعراض الوسواس القهري فإن مضادات الاكتئاب يمكن أن تخفف من أعراض الوسواس القهري فقط إذا كانت تخفف من الاكتئاب بآدي ذي بدء . ومن ناحية أخرى فإذا كان سبب الاكتئاب هو الضيق الناتج عن أعراض الوسواس القهري ، عندئذ فإن التحسن في هذه الأعراض الناتج عن أى علاج سوف يؤدي إلى خفض الاكتئاب .

وافترض «لوينسون» وزملاؤه أن الحدوث المشترك لأعراض الوسواس القهري والاكتئاب قد يرجع إلى عامل مشترك بينهما هو الاستجابة الزائدة Hyperreactivity ، وبرهنوا على أن المكتئبين يكشفون عن مزيد من الحساسية للحوادث المفترقة أو البغيضة بالمقارنة إلى الأسوياء . وقد لاحظ «إسحاق ماركس» لدى المرضى الوسواسيين فترات من الاكتئاب ، يصاحبها زيادة في الوسواس والقهري (McCarthy & Foa, 1990) . موجز

القول إن كل الدراسات تقريباً تثبت علاقة وثيقة بين اضطرابي الوسواس القهري والاكتئاب ، ولكن تفسير هذه العلاقة بشكل دقيق يظل في حاجة إلى مزيد من الدراسات . وليس من المعروف بعد إذا ما كان الاكتئاب ناتجاً عن الوسواس القهري أو مصاحباً له .

الوسواس القهري واضطراب صورة الجسم

إن صورة الشخص عن جسمه وخبرته به يمكن أن تتخذ أشكالاً عدة : سوية أو غير سوية ، ومن بين هذه الأشكال غير السوية - على سبيل المثال - أن يشغل الفرد بمظهره انشغالا كبيرا ، وقد تكون خبرته بجسمه أو الإحساسات التابعة من داخل هذا الجسم متغيرة بطريقة ما . وتمثل هذه الخبرات محور أعراض اضطراب سوء شكل الجسم (Hollander & Phillips, 1993) Body Dysmorphic Disorder . وتتضح المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب من جدول (٣٤) .

جدول (٣٤) : المحكات التشخيصية لاضطراب سوء شكل الجسم

- أ- الانشغال بنقص متخيل في مظهر الجسم ، وإذا كان هناك شذوذ جسمي بسيط فإن انشغال الفرد به وقلقه منه يكون زائلاً بشكل واضح .
- ب - يسبب هذا الانشغال ضعفاً وكرباً مرتفعين من الناحية الإكلينيكية ، أو إعاقة في الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها .
- ج- لا يفسر هذا الانشغال ولا يستوعبه بطريقة جيدة اضطراب عقلي آخر (مثال ذلك عدم الرضا عن شكل الجسم وحجمه في فقدان الشهية العصبي) .

عن : (APA, 1994,p. 468) .

وبين جدول (٣٥) بعض مناطق النقص العضوي تبعاً لإدراك المريض لها ، اعتماداً

على درامة واقعية .

ومن الصفات المميزة والمشاركة بين مرضى اضطراب سوء شكل الجسم الانشغال الوسواسي بنقص جسمي متخيل ، يصاحبه سلوك قهري بالمراجعة . وإليك هذه الحالة التي تبين اضطراب سوء شكل الجسم .

حالة : «أنفي كبير ، خصيتي معلقة ، أردافي كبيرة» :

«معتز» شاب في الخامسة والعشرين من عمره ، غير متزوج ، أصابه هذا الاضطراب في البداية وهو طالب في المدرسة الثانوية ، ومساءت حالته المرضية لدى دخوله الجامعة ، وكان «معتز» منشغلاً بشذوذ في عرض أنفه كما يدرك هو ذلك ، وكان يشعر أنه مجبر على أن يراجع مظهره في المرأة ، وعندما تؤكد المرأة هذا النقص كما يدركه فإنه يصبح مضطرباً جداً وقلقاً .

وكثيراً ما كان «معتز» يقوم بجعل وجهه في وضع متوتر في محاولة منه لجعل أنفه يبدو أصغر ، وأصبح غير مرحب بالتجمعات الاجتماعية ومقاوماً لحضور الفصول الدراسية نتيجة لوعيه الذاتي المتطرف بأنفه ، وكان «معتز» يعترف في بعض الأحيان أن عقله يقوم بالعباب وحيل خادعة ضده ، ولكنه - في أحيان أخرى - كان متأكداً أن هذا النقص أمر حقيقي . ونتيجة لهذا الانشغال الوسواسي بأنفه أصبح «معتز» زائد القلق والاكتئاب .

ونشأت لدى «معتز» أعراض الاكتئاب الأساسي المتعلقة بالجهاز العصبي ، وأخفقت هذه الأعراض في أن تستجيب للعلاج النفسي المعتمد على الاستبصار وللمحاولات العلاجية بعقار «إمبيرامين» ثم «فينيلزين» ، وأخيراً ألحق بالمستشفى وعولج بالصدمات الكهربائية التشنجية ، فتحسن الاكتئاب ولكن دون حل لاضطراب سوء شكل الجسم .

وبعد خروج «معتز» من المستشفى عرض نفسه على جراح تجميل ، أجرى له جراحة تجميل لتصغير أنفه ، ونتج عن هذه العملية الجراحية ارتياح شديد لدى «معتز»

جدول (٣٥) : جوانب النقص العضوي كما يدركها المريض
 باضطراب سوء شكل الجسم (ن = ٥٠ حالة)

عدد الحالات	مناطق النقص العضوي
١٦	منطقة الوجه
٨	الأنف
١٧	العينان
١٣	الشعر
٩	الجلد
١٧	الفم / الفك
١٠	الوجه
٢	الجسم
٧	حجم الجسم (ضخم)
٧	حجم الجسم (ضئيل)
٧	الجسم بشكل عام
٩	اليدين / الذراعان
٥	الساقان
٦	الجلد
٤	ما يرتبط بالجنس
١	القضيب / الخصيتان
٤	الثديان
٤	الأرداف
١٥	الذكورة/ الأنوثة
٣	متنوعات
	التناسق
	الإفرازات

(انظر : Hollander, et al., 1993)

استمر مدة عامين . ولكنه بعد ذلك أصبح يركز على خصيته اليسرى ، فكان يشعر بإحساسات غير مريحة في هذه المنطقة ، وعندما قام بفحص نفسه أمام المرأة ، بدت له خصيته اليسرى معلقة في مستوى أعلى من الخصية اليمنى . وللمرة الثانية ذهب «معتز» إلى جراح ، أجرى له جراحة في خصيته اليسرى لتصحيح هذا النقص الذي كان يدركه المريض ، وكذلك لإصلاح تجمع سائل مصلى حول الخصية ، ونتج عن ذلك ارتياح شديد استمر مدة عام ونصف عام .

ومع ذلك فقد أصبح «معتز» مشغولاً مرة ثالثة بمظهره ، وهذه المرة كان انشغاله مركزاً على عجزه ، أي : ردفه (مؤخرته) ، فعندما كان يلبس السروال الداخلي (الباس التحتي) شعر باحتكاك ردفه ، مما تسبب في ضيق شديد له . ونتيجة لإدراكه هذا النقص أو العيب في شكل ردفه وما نتج عن ذلك من عدم الراحة الجسمية الناتجة عن لبسه السروال الداخلي فقد رفض «معتز» أن يشارك في التجمعات الاجتماعية .

وكان «معتز» يشعر براحة أكثر عندما يلبس السروال التحتي القصير أو البنطلون القصير (الشورت) وكان يراجع منظره دائماً في المرأة ، وأصبح مقتنعاً بأنه رأى ترسبات دهنية في ردفه . واستشار «معتز» جراحاً للمرة الثالثة ، وأجرى له عملية امتصاص الدهون لسحب الترسيبات الدهنية المتخيلة . وعندما قيل له إنه قد تحدث له كدمات وانتفاخات لمدة ستة أشهر بعد العملية ، فلم يصبح مشغولاً بردفه ، وأكمل دراسته الجامعية بنجاح . ولكن عندما انقضت ستة الأشهر واستمرت مشكلته مع ردفه ، انتكست حالته مرة أخرى .

ثم تلقى «معتز» علاجاً بالعقاقير حسن أعراضه ومزاجه ، واستمر هذا التحسن مدة عام من التبع (Hollander & Phillips, 1993) .

الجوانب التشخيصية :

هل اضطراب سوء شكل الجسم زملة مستقلة ؟

افترضت التقارير المبكرة أن اضطراب سوء شكل الجسم يمثل مجموعة مميزة من الأعراض لدى بعض المرضى الذين يطلبون إجراء جراحة التجميل لهم ، على أن بعض الدراسات الأخرى أشارت إلى أن الاقتناع المرضى بوجود جوانب شذوذ في الجسم يحدث في كثير من الاضطرابات ، ومنها اضطراب الوسواس القهري ، واضطرابات الشخصية ، والاضطرابات التي تتخذ شكلاً جسيماً ، والفصام ، والاضطرابات الوجدانية ، والأمراض العقلية العضوية .

ما الحدود الفاصلة بين اضطراب سوء شكل الجسم والانشغال السوي بالمظهر؟

يشير بعض الدراسات المسحية الأمريكية على جمهور من طلاب الجامعة إلى أن ٧٠٪ منهم غير راضين عن جانب معين من أجسامهم ، وأن ٤٦٪ منشغلون بهذا الجانب من مظهرهم ، وأن ٤٨٪ يبالغون في إدراكهم لصورة جسمهم ، وأن ٢٨٪ يرون الجوانب الثلاثة جميعاً . ويبدو أن هذه الأعراض تحدث بتكرار أكبر لدى النساء . وتثير هذه النتائج تساؤلات عما إذا كان اضطراب سوء شكل الجسم تشخيصاً محدداً ؛ لأن هذه الأعراض تحدث لدى نسبة كبيرة من الناس وبخاصة النساء . ولكن هذا الانشغال بالمظهر الجسدي لا يرتبط بكرب أو ضيق أو إعاقة كما هو الحال في الحالات المرضية (انظر الملحق ب في جدول ٣٤) .

العلاقة بين اضطراب سوء شكل الجسم واضطراب الوسواس القهري :

يعانى مرضى اضطراب سوء شكل الجسم من أفكار متكررة ومستمرة تتعلق بنقص يدركونه في أجسامهم ، ومع ذلك فإن بعض مرضى اضطراب سوء شكل الجسم لا يمرون بخبرة الأفكار المقتحمة والتافهة ، ولكن لديهم معتقدات يقلدونها أكثر من قدرها ، ويمثل ذلك مشكلة في علاقة هذين الاضطرابين .

وتساءل تقارير أحدث عن العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب سوء شكل الجسم اعتماداً على ملاحظة مفادها أن مرضى اضطراب سوء شكل الجسم يعانون

من أفكار يبالغون في تقديرها ، وليس من الوسواس التي يبالغ الفرد في تقدير قيمتها Overvalued Ideas بأنها اعتقاد دون مسوغ موضوعي ، ولا يقاومها الفرد بطريقة نشطة ، ويختلف هذا الاعتقاد عن الضلالة Delusion التي تعرف بأنها ثابتة لا تتزعزع ، كما يختلف عن الوسواس التي تعد «غير مقبولة وتأتي من خارج الذات» Ego-dystonic ومقتحمة تطفلية ويقاومها الفرد . ومع ذلك فإن التأكد من الاعتقاد يمكن أن يوجد على شكل متصل في الاضطرابين : الوسواس القهري وسوء شكل الجسم ، وأن المرضى قد يكون لديهم وسواس أو أفكار يبالغون في تقديرها أو ضلالات حقيقية في مراحل مختلفة من مرضهم .

ويفترض مؤلفون آخرون أن الوسواس والقهر سمات مميزة لمرضى اضطراب سوء شكل الجسم ، ويبدو أن هذين الاضطرابين لهما خط سير مزمّن ، كما أن لهما بداية في عمر مبكر (المراهقة وأوائل الرشد غالباً) .

والخلاصة أن اضطراب سوء شكل الجسم يشترك مع اضطراب الوسواس القهري في جوانب متشابهة كثيرة ، كما يرتبط اضطراب سوء شكل الجسم مع بعض حالات الجراحة التجميلية وفقدان الشهية العصبي والخافوات الاجتماعية والاكتئاب (Hollander & Phillips, 1993) .

ومن ناحية أخرى برهن «إريك هولاندر» وصحبه (Hollander, Cohen, & Simeon, 1993) على ارتباط اضطرابي سوء شكل الجسم والوسواس القهري في عدد من الأبعاد أهمها : شكل الأعراض ، والأنماط المرضية المشتركة ، والتاريخ الأسري ، والاستجابة المحتملة لمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين .

الوسواس القهري وفقدان الشهية العصبي

فقدان الشهية العصبي Anorexia nervosa أحد اضطرابات الأكل Eating disorders ، يتصف المصابون به بأنهم يضعون لأنفسهم حدوداً غذائية وتقييداً لكمية

الطعام التي يتناولونها ، مع وجود أنماط شاذة في التعامل مع الطعام ، وقد كبير للوزن ، وخوف شديد من البدانة ومن زيادة الوزن ، بالإضافة إلى اضطراب أساسي في صورة الجسم Body image عند هؤلاء المرضى (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ص ٢٢) . ويبين جدول (٣٦) محركات هذا الاضطراب .

جدول (٣٦) : المحركات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي

- ١- رفض الاحتفاظ بوزن الجسم في المعدل الطبيعي أو فوقه ، ذلك المعدل المناسب مع العمر والطول .
- ٢- خوف عميق من أن يصبح الفرد بديناً ، حتى لو كان تحت المعدل الطبيعي في الوزن .
- ٣- اضطراب في إدراك وزن الجسم أو شكله ، بحيث يرى الفرد نفسه بديناً ، حتى عندما يكون أقل من الوزن الطبيعي ، أو إنكار خطورة الوزن المنخفض الحالي للجسم .
- ٤- يحدث (لدى الإناث) انقطاع ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل .

عن : (APA, 1994, p. 544f) .

ويخفض معظم مرضى فقدان الشهية العصبي - بشكل واضح - من مقدار الطعام الذي يتناولونه في سعي وسواسي نحو النحافة ، وفضلاً عن ذلك فإن هؤلاء المرضى يكشفون عن جمود نمطي ، وطقوس قهرية ، ونزعة نحو الكمال ، مع الوسوسة والتدقيق الشديدين في التوافه والتفاصيل . انظر إلى الحالة التالية :

حالة : «فقدان شهية مع وسواس قهري» :

«فاتن» بنت في الثالثة عشرة من عمرها ، أحضرتها أمها إلى العيادة ، وكانت الأم مرتعدة مضطربة ، وذكرت أن ابنتها مشغولة بأفكار مفادها أنها بدينة جداً ، وصممت على أن تصبح رفيعة رشيقة ، وكان طول البنت ١٥٠ سم ، ووزنها ٤٥ كجم قبل بداية هذه التصرفات . وعلى الرغم من حقيقة أن وزنها الآن أصبح ٣٤ كجم فما زالت ترى نفسها بدينة جداً ، وترغب في أن تفقد مزيداً من الوزن .

وقد بدأت «فاتن» في نظام حمية منذ ستة أشهر قبل أول زيارة لها للعيادة ، وأصبحت تمحصر نفسها في وجبة أو وجبتين نباتية ومنخفضة السعرات في اليوم ، حيث تأكلها ببطء شديد وفي عزلة عن الآخرين .

وعلى الرغم من هذا التقيد لكمية الطعام الذي تتناوله فقد أصبحت «فاتن» مشغولة وتسيطر عليها وساوس الطعام ، وكتب الطهي ، ووصف طريقة طبخ الطعام ، والطبخ فعلاً للآخرين . والواقع أنها كانت تحب أن تقرأ وصف طرق الطهي ، وتتجول في المخازن الكبيرة للطعام ، وتنتظر إلى أصناف الطعام ، وفي الوقت نفسه تصف «فاتن» كيف تصاب برعب من الطعام ، وتخاف أحياناً من أن الأفعال التي لا تتضمن مواد الطعام مثل وضع الكريمة على الجلد للتزطيب يمكن أن تسبب لها زيادة في الوزن .

وتصف الأم المعارك المتصاعدة في البيت بينها هي وابتها ، ليس بالنسبة للأكل وفقد الوزن فقط بل أيضاً فيما يختص تقريباً بأي قرار أو تفصيل طبيعي من تفاصيل الحياة ، وتصف ابتها بأنها أصبحت مجادلة ومتصلبة بطريقة متزايدة . فعندما تريد شيئاً فإن ابتها تزعمها وتغيظها بهذا الطلب حتى تعطيه الأم لها لجرد أن تحقق بعض السلام والسكينة ، وفصلاً عن ذلك فقد أصبحت «فاتن» شديدة الانعزال عن أصدقائها ، وجادة بشكل متزايد ، مع رغبة قليلة في الضحك والدعابة .

وفي حين أن «فاتن» كانت دائماً تلميذة جيدة ، فقد أصبحت مجدة أكثر ، ومولعة بالدراسة ، وبالحصول على درجات مرتفعة ، وتعيد قراءة ما كلفت به من واجبات في المنزل حتى يصبح كاملاً . وذكرت الأم كذلك أن «فاتن» تقضي ساعات طويلة كل يوم تنظف المنزل أو غرفة نومها ، وكان كل شيء في غرفة نومها نظيفاً وفي ترتيب معين ، فكانت كل الملابس في خزانة ملابسها مرتبة تبعاً للون ، وكانت تقوم عادة بتمرينات رياضية تستغرق ساعة كل يوم ، كما كانت تمشي مسافة ميلين من المدرسة إلى المنزل ، ونادراً ما كانت تجلس ، وكانت تبدو في الحقيقة في حركة دائبة . وتصف الأم ابتها بأنها «طفلة نموذجية» ، تفعل الأشياء بطريقة صحيحة ، ونادراً ما تثير المتاعب .

وعندما قوبلت الطفلة ظهر أنها غير مهتمة نسبياً بالسبب الذي جعل أمها تأتي بها إلى العيادة ، وذكرت «فاتن» : أنه ليس هناك أمر خطأ بالنسبة لي ، أنا فقط سمينية جداً ، وسوف أشعر بأني أحسن إذا تخلصت من خمسة أرطال (٢٥ ، ٢ كجم تقريباً) أخرى من وزني . وعندما سئلت عن تفسير لانشغال أمها عليها ذكرت الابنة أن أمها تغار من قدرتها على فقد الوزن ، وأن أمها «لا تقول الصدق عندما تذكر أنني نحيلة جداً» ، وقررت أنها تريد أن تصبح كاملة ، ولكنها تشعر بأنها ليست كاملة بما فيه الكفاية (Kaye, Weltzin, & Hsu, 1993 a) .

وقد افترض بعض الباحثين أن فقدان الشهية العصبي له علاقة ما بالسلوك الوسواسي القهري ، وفي هذا المجال فإن الطبيعة الوسواسية الكامنة في فقدان الشهية العصبي واضحة جلية ، مع قيام المريض بعد وسواسي للسعرات الحرارية ، والانشغال بالجنس ، واجترار موصول ومستمر عن الطعام .

وأجريت دراسات بدأت منذ أكثر من خمسين سنة مضت على أفراد يعانون من فقدان الشهية العصبي ، وكشفت أنهم يميلون إلى التصلب ، والنزعة إلى الكمال ، والوسواسية . وأثبت «دالي» أن ٨١٪ من ١٤٠ مريضاً بفقدان الشهية العصبي لديهم شخصيات وسواسية ، في حين كشفت دراسات أخرى عن نسب مثوية أقل كما يلي : ٢٧٪ من مرضى فقدان الشهية لديهم شخصيات وسواسية قبل إصابتهم بالمرض ، وفي دراسة أخرى ظهر أن ٦٠٪ من مرضى فقدان الشهية لديهم شخصية وسواسية قبل مرضهم . وكشفت دراسة أخرى أن ٦٩٪ من مرضى فقدان الشهية العصبي لديهم اضطراب الوسواس القهري .

وجمع «روثينبرج» نتائج إحدى عشرة دراسة ، واستنتج منها أن أعراض الوسواس القهري تعد ثاني أكثر الأعراض انتشاراً (بعد الاكتئاب) في مرض فقدان الشهية العصبي . وتكشف نسبة من المرضى تتراوح بين ١١٪ ، و ٨٣٪ عن ملامح وسواسية قهرية خلال فقدان الشهية العصبي الحاد أو بعد استعادة الوزن ، ويفترض هذا

المؤلف أن الاكتئاب الذي يشاهد في فقدان الشهية العصبي قد يكون ثانوياً للعلاقة الوثيقة بين فقدان الشهية والوسواس القهري أكثر من كونه يكشف عن علاقة أولية بين فقدان الشهية والاضطرابات الوجدانية ويأتي على صطلها الاكتئاب (Kaye, et al., 1993a) .

ويؤكد «ولتر كاي» وصحبه (Kaye, et al., 1993b) في دراسة أخرى العلاقة الوثيقة بين الوسواس القهري وفقدان الشهية العصبي ، فإن بعض أنواع السلوك القهري مثل غسل اليدين يمكن أن يكون موجوداً ، ويسوغ وضع تشخيص إضافي لمريض فقدان الشهية العصبي هو اضطراب الوسواس القهري .

حالة : فقدان الوزن :

«ناجي» فتى في الثامنة عشرة من عمره ، نحيل رفيع ، مظهره رياضي ، متخرج من المدرسة الثانوية ، يبدو متعباً ومهموماً ومتردداً في حديثه بشكل واضح . وقد أحضرته أمه وأخته إلى العيادة ، واعتماداً على ما قالتاه فإن «ناجي» لديه تاريخ من طقوس معينة ترجع إلى المدرسة الإعدادية أو المتوسطة ، فقد تذكرتا قيامه بلمس الباب بطريقة معينة عندما كان يقوم بغلقه ، وانشغاله بسلسلة من الطقوس في الحمام بما فيها غسل أسنانه وأخذ «الدش» .

على أن هذا السلوك القهري لم يكن شديداً حتى يؤثر تأثيراً كبيراً في حسن قيامه بوظائفه ، وفضلاً عن ذلك فإن «ناجي» وصف نفسه بأن لديه ميلاً مستمراً للبحث عن تزويد الآخرين له بالمعلومات ، وأن يقتدى بنماذجهم في تحديد أفعاله هو . كما قال أيضاً : إنه كان مشغولاً دائماً بزيادة وزنه (كان طوله ١٨٠ سم ووزنه ٩٥ كجم) معظم حياته في الرشد ، ولكن محاولاته السابقة لفقد جزء من وزنه لم تكن ناجحة .

وكان والد «ناجي» قد مات بسرطان الرئة منذ خمسة أشهر خلت ، بعد ستة أسابيع فقط من تشخيص الورم الخبيث ، وبعد موت والده مباشرة أصبح «ناجي» حازماً وقاسياً جداً في سعيه نحو فقد الوزن . ومنذ ذلك الوقت فقد اتبع نظاماً دقيقاً جداً ومفصلاً : يستيقظ كل صباح مبكراً بما يمكنه من رؤية شروق الشمس ، ثم يتناول إفطاراً يتكون من

واحد أونس (٣١ جراماً تقريباً) من الحبوب ، ونصف فنجان من اللبن منزوع الدسم ، وبيضه مسلوق ، وفراولة أو عنب أسود .

ويستظر «ناجي» بعد ذلك فترة قصيرة من الزمن قبل أن ينتقل إلى غرفة الوزن ، حيث يقضى - من الاثنين إلى الجمعة - زهاء ساعتين يقوم خلالها بتنفيذ عملية «روتينية» متطابقة : الصعود على الميزان ، ما لم يكن هناك شخص آخر ، ويجعله ذلك يكسر «الروتين» الاعتيادي ، ويتبع نظاماً آخر . ويترك وجبة الغداء (وكان هذا اليوم استثناء لأن أمه أجبرته على تناوله) . ويتناول عشاءه ، ويتكون من «سندوتش» ، وستة أونسات (١٨٥ جم تقريباً) من الزبادي ، وشاي مثليج ، وكان يأكل «السلطة» أحياناً ، ولكنه كان يقلق من الآثار السيئة الممكنة للمبيدات التي يمكن أن تستخدم مع الخضراوات .

وقد فقد «ناجي» ٣٤ كجم نتيجة لهذا النظام الغذائي طوال الشهور الماضية ، وذكر أن وزنه قد استقر على ٦٦ كجم طوال الأسبوعين الأخيرين . ويقول «ناجي» : إنه يفضل أن يكون وزنه ٦١ كجم ، وهذا الوزن مناسب لطوله ، ولكنه كان غير قادر على أن يأكل الأطعمة التي يمكن أن تسمح له بزيادة الوزن . وقد عبر عن اهتمامه في الآونة الأخيرة بأن يعمل عالماً بالغذائيات .

وقد ازدادت بدرجة واضحة طقوس أخرى أصبح «ناجي» يقوم بها منذ موت والده ، فأصبح الاغتسال واللبس والنظافة الآن تتضمن طقوساً ونظماً معقدة وجامدة ، ويصبح «ناجي» قلقاً جداً إذا حدثت مقاطعة أو إيقاف لهذا «الروتين» . وأصبح مشغولاً جداً بصحته الجسمية ، وكثيراً ما كان ينظر إلى مظهره في المرآة ويراجع ذلك مرات كثيرة . وكان لديه أيضاً «روتين» أو نظام اعتيادي يستغرق وقتاً طويلاً كل يوم ، يقوم فيه بمراجعة المرج أو الحديقة المخضرة خلف منزله . وبالإضافة إلى ذلك كان «ناجي» غير حاسم ، متردداً جداً ، ويبحث عن الطمأنينة والنصيحة من أفراد أسرته قبل أن يقوم بمجرد الأفعال البسيطة كاختيار الملابس التي يلبسها .

إن ارتباط اضطراب الأكل مع اضطراب الموساس القهري أمر شائع إلى حد ما ،

فكثير من المرضى باضطرابات الأكل الأولية - وبخاصة فقدان الشهية العصبي - لديهم وسواس عن الطعام وما يصاحب ذلك من طقوس قهرية متعلقة بالأكل ، وفي نسبة لا بأس بها من الحالات - بالإضافة إلى ذلك - فإن المرضى باضطرابات الأكل لديهم أيضاً اضطراب الوسواس القهري . وتورد التقارير أن المرضى باضطراب الوسواس القهري الأولي لديهم اضطرابات الأكل حالياً أو في الماضي ، فظهر من إحدى الدراسات أن ١١٪ من النساء المصابات باضطراب الوسواس القهري قررن أن لديهن تاريخاً من اضطراب فقدان الشهية العصبي .

ولكن اضطراب الوسواس القهري وحده يبدو أنه التشخيص السليم ، فلدى «ناجي» طقوس قهرية ترجع إلى الطفولة ، وتعد جهوده الواسعة أخيراً لفقد الوزن جزءاً لا يتجزأ من المدى الواسع للأعراض الوسواسية والقهرية المتفاقمة . ومن الأهمية بمكان أن نشير في هذا الخصوص إلى أن موت والد «ناجي» يبدو أنه عمل عمل الضغوط الذي أدى إلى أن تلتحم الأعراض والعلامات الوسواسية القهرية المتناثرة معاً مكونة هذا الاضطراب .

ولم يتحقق المحك «ج» في اضطراب الوسواس القهري تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع في حالة «ناجي» قبل وفاة والده ؛ لأن كلاً من الوسواس والقهر لم تكن مسببة للكرب أو الضيق بشكل واضح ، كما لم تكن مستهلكة للوقت بدرجة تكفي للتدخل في حياته بصورة كبيرة . وفيما يختص بمشكلة الأكل لديه ، فحيث إن «ناجي» لم يفقد وزناً كافياً ليعد حالة فقدان شهية عصبي ، ولأنه لم يحدث لديه «حفلات أكل وشراهة» Binge eating ، فليس هناك مبرر لوضع تشخيص ثانوي لاضطراب الأكل (Greist & Jefferson, 1995, pp.25-27) .

وتؤكد نتائج كثير من الدراسات أن الوسواس والقهر من السمات والأعراض المتأصلة في شخصية مرضى فقدان الشهية العصبي ، وقد خلص بعض الباحثين - في وقت مبكر - إلى تسمية فقدان الشهية العصبي بوصفه شكلاً من أشكال العصاب (أي اضطراب نفسي) والمقصود : الوسواس القهري . وقد اتفق معهم «دي بوا» Dubois ،

ولكنه أعاد تسمية المرض على أنه : «العصاب القهري المصاحب للهلزال» Compulsion
. neurosis with cachexia (Dally, 1969,p.13)

وسمى «بالمر ، وجونز» مرض فقدان الشهية العصبي بأنه عصاب قهري
ذو نمط مثبت على فقدان الشهية (القيء) . واستخلص «روتنبيرج» أن فقدان
الشهية لدى النساء في الحضارة الغربية هو الزملة الحديثة للوسواس القهري .
ولاحظ آخرون أن السمات الشخصية الوسواسية قبل المرض ممثلة بشكل كبير لدى
مرضى فقدان الشهية العصبي . وعلى الرغم من الرابطة الوثيقة بين فقدان الشهية
واضطراب الوسواس القهري فمن السابق لأوانه أن نعد فقدان الشهية شكلاً من أشكال
الوسواس القهري (Alexander - Mott, 1994,p. 112) .

وقد دلت دراسة عربية أجريت على عينة من طالبات الجامعة أن الارتباط جوهري
إحصائياً (قدره ٠,٢٠١) بين فقدان الشهية العصبي والوسواس القهري (أحمد عبد
الخالق ، ومایسة النیال ، ١٩٩١) .

ولكن ما تفسیر العلاقة بين فقدان الشهية العصبي والوسواس القهري ؟ الإجابة عن
ذلك أن من بين معاني الوسواس سيطرة فكرة معينة على عقل المريض ، وطفانيها على
كثير من جوانب سلوكه ، واستحوادها على قدر كبير من اهتمامه . والفكرة الوسواسية
المسيطرة في حالة فقدان الشهية العصبي هي إنقاص الوزن ، فيحاول المريض أن يزيد من
نحافته ، وينقص وزنه كلما استطاع إلى ذلك سبيلاً ، ومهما كانت العقابة والمآل .

ويشعر المريض في أحيان كثيرة بخطأ هذه الفكرة ، وقد يتأكد من تفاهتها وضربها
بالنسبة له ، ولكنه لا يستطيع التخلص منها أو الفرار من سطوتها أو الفكاك من طغيانها .
ويختلط ذلك بالتأكيد ويتفاعل مع اختلال صورة الجسم لدى بعض المرضى ؛ إذ يرون
جسمهم بدنياً وهو بريء من ذلك براءة الذئب من دم ابن يعقوب ، وهذه قد تكون علامة
وسواسية أخرى .

فيدخل المريض في دائرة مغلقة لا يدري أين طرفاها ، وقد تتخذ الدائرة المغلقة مثل

هذا السياق :

- فكرة وسواسية مسيطرة تهيّب به أن يتقص من وزنه لتحقيق الرشاقة .
- تأكد المريض من تفاحة هذه الفكرة أو عدم أحقيتها .
- عجزه عن التخلص من استحواذ هذه الفكرة عليه .
- شعوره بقلق شديد إذا لم ينفذ ما تأمره به .
- الانصياع لهذه الفكرة طوعاً أو كرهاً .
- مزيد من سيطرة هذه الفكرة ومزيد من إنقاص الوزن (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ص ص ١٠٧-١٠٨) .

الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبي

كما أثبت عدد من الدراسات ارتباطاً بين الوسواس القهري وفقدان الشهية العصبي ، فقد برهنت بعض الدراسات - ولكنها أقل بالتأكيد - على وجود علاقة بين الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبي *Bulimia nervosa* . وقد قررت إحدى الدراسات أن ٣٣٪ من ٥١ مريضاً بزيادة الشهية العصبي يحققون المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في وقت ما من حياتهم (Templer, et al., p. 165) .

فقد درست «فورميا ، وويرنس» (Formea & Burns, 1995) العلاقة بين اضطرابي زيادة الشهية العصبية (الشرهة) والوسواس القهري ، فطبقت قائمة «بادوا» للوسواس القهري واختبار الشرهة المعدل على ٩٨١ أنثى ، و٧٢٢ ذكراً من طلاب الجامعة ، واستخرجت ارتباطات دالة إحصائياً بين الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبية ، وكان الارتباط متساوياً بين الجنسين ، كما كانت أعراض زيادة الشهية أيضاً ذات علاقة أقوى بالوسواس أكثر من القهر . وحقق ٢٦٪ من الإناث اللاتي قوبلن بمقابلة شخصية المحكات التشخيصية لزيادة الشهية العصبية وكذلك محكات اضطراب الوسواس القهري ، في حين حقق رجل واحد من الذين قوبلوا بمقابلة شخصية محكات كل من الاضطرابين .

الوسواس القهري وتوهم المرض

توهم المرض Hypochondriasis اضطراب يتسم بوساوس لدى الفرد بأنه مريض ، وسلوك قهري يدفع الفرد إلى المراجعة مع الآخرين سواء أكان ذلك للتشخيص والعلاج أم لطمأنة الفرد بأنه ليس مريضاً . ويبين جدول (٣٧) المحكات التشخيصية لاضطراب توهم المرض كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (APA, 1994, p. 465) .

جدول (٣٧) : المحكات التشخيصية لاضطراب توهم المرض

- أ - الانشغال بمخاوف أو أفكار تتعلق بأن الشخص لديه مرض خطر ، اعتماداً على سوء تفسير الشخص للأعراض الجسمية .
- ب - استمرار الانشغال ودوامه على الرغم من الفحص الطبي المناسب والطمأنة .
- ج - الاعتقاد في المحك «أ» (أعلاه) لا تكون له شدة ضلالية (كما في الاضطراب الضلالي - من النوع الجسمي) ، وليس مقصوراً على الانشغال المحدود بالمظهر الجسمي (كما في اضطراب سوء شكل الجسم) .
- د - بسبب الانشغال ضيقاً إكلينيكياً شديداً أو إعاقة في الجوانب الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الوظائف المهمة .
- هـ - يدوم الاضطراب ستة أشهر على الأقل .
- و - لا يفسر هذا الانشغال ولا يستوعبه بطريقة جيدة أي من الاضطرابات الآتية : اضطراب القلق العام ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الهلع ، وفترة اكتئابية أساسية ، وقلق الانفصال ، وغير ذلك من الاضطرابات ذات الطابع الجسمي .

واليك هذه الحالة التي تجسد اضطراب توهم المرض .

حالة «رجل متوهم للمرض» :

السيد «هاني» مدرس في الثالثة والثلاثين من عمره ، ولديه تاريخ يبلغ عشر سنوات من الأفكار المقتحمة المتعلّقة بالمرض . إن كلمات «السرطان» و«الأزمة القلبية» تدخل عقله معظم اليوم ، وتؤدي به إلى قلق عميق على صحته ، ويحاول أن يجعل هذه الأفكار محايدة بوسيلة عقلية للتحيّل فيستبدل بكلمة «سرطان» Cancer ؛ «لا أستطيع يا سيدى» Can't sir ، ويكلمتي «أزمة قلبية» Heart attack كلمات «قلب من ذهب» Heart of gold .

وكان يخاف أحياناً من أشخاص مرضى ، في حين لا يكونون مرضى ، أو يخاف من أنه سوف يُعدي الآخرين بمرضه ، وعندما لا يستطيع السيد «هاني» أن يجعل هذه الأفكار محايدة أو عندما تقوده إحساساته الجسمية إلى مزيد من الانشغال العميق كان يراجع طبيبه من أجل طمأنته ، كما كانت لديه أعراض مرتبطة بهذا الاضطراب وهى : النزعة إلى الكمال ، والتسويق أو المعاطلة ، والشكوك الوسواسية ، وجمع الأشياء والاحتفاظ بها .

ويتضح توهم المرض كذلك من هذه الحالة :

حالة «فتاة تتوهم المرض» :

«منال» فتاة في الثامنة والعشرين من عمرها ، تدرس القانون ، لديها تاريخ يصل إلى ثلاث سنوات من الخوف من أنها قد تكون مصابة بمرض نقص المناعة المكتسب «الإيدز» ، وكان أي عرض جسمي تصاب به يثير هذا الخوف ، فكان التهاب الحلق يؤدي بها مثلاً إلى أن تتساءل : «أهذا هو البكتير العقودي أم الإيدز؟» .

وتقرر هذه الفتاة - طواعية - أن أسلوب حياتها لا يضعها مطلقاً في خطر الإصابة بعدوى الإيدز ، ومع ذلك تستمر المخاوف وتدوم ، وكانت تتجنب الذهاب إلى طبيب الأسنان خوفاً من تلوث الأدوات الذي يمكن أن يصيبها بالإيدز . وعلى الرغم من

أن «نمال» تقوم بالمراجعة مع خطيبها بشكل متكرر فإنها نادراً ما كانت تقوم بمراجعة الأطباء ، وقد يكون ذلك - جزئياً - لأنها تعرف أن مخاوفها غير معقولة ، وجزئياً لأنها تخشى أن أسوأ مخاوفها سوف تتأكد بوصفها حقيقة (انظر : Fallon, Rasmussen, & Liebowitz, 1993).

وتحقق هاتين الحالتين المحكات التشخيصية الواردة في جدول (٣٧) والتي تسوغ تشخيص توهم المرض . ويشير بعض التقارير إلى أن نسبة تتراوح بين ٦٪ ، و ١٠٪ من المرضى الذين يزورون الطبيب العام يحققون المحكات الكاملة لتوهم المرض (Ibid) .

العلاقة بين الوسواس القهري وتوهم المرض :

تتضمن وسواس التلوث لدى مرضى اضطراب الوسواس - بشكل متكرر - خوفاً من الميكروبات ، وتتمدد هذه الوسواس أحياناً لتصبح خوفاً من أن يكون الشخص مريضاً . وقد لاحظ الباحثون المتخصصون في اضطراب الوسواس القهري أن الوسواس الجسمية والصحية شائعة ، وأوضح فحص ٥٤٤ مريضاً بالوسواس القهري أن ٢٨٪ منهم لديهم إما وسواس جسمية وإما خوف من أن يصبح الفرد مريضاً .

ولكن العلاقة بين الاضطرابين أكثر تعقيداً عما كان يعتقد ، وقد اتضح أن توهم المرض يشاهد متشراً في أنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية الطبية مثل : الاكتئاب ، والهلع ، والاضطراب المتصل بالنواحي الجسمية ، واضطرابات الشخصية ، والقلق العام ، والاضطرابات الذهانية مما يشير إلى أن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات (Fallon, et al, 1993) .

الوسواس القهري وهوس نتف الشعر

اضطراب هوس نتف الشعر Trichotillomania زملة أو مجموعة أعراض تتركز حول نتف الشعر بطريقة قهرية ، بحيث لا يستطيع المريض أن يقاوم الدفغات التي تجعله يقتلع الشعر أو يتسفه من فروة الرأس أو الحواجب أو الرموش أو أى منطقة أخرى من مناطق الجسم .

ووصف المرضى المصابون بهوس ننف الشعر حدوث دفعة شديدة ومفرقة لديهم لتنف شعر أو شعرات معينة ، وعندما يفعلون ذلك يهدأ القلق الناشئ لديهم بصورة وقتية ، ولكن سريعاً ما يحل محله دفعة قهرية أخرى وقلق أكبر . . . وهكذا .

وقد صنف هوس ننف الشعر - فيما مضى - تصنيفات شتى : بوصفه اضطراباً بسيطاً في العادات ، أو عرضاً ذهانياً ، أو صراعاً نفسياً دينامياً ، ولكنه أصبح الآن يصنف تبعاً للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين بوصفه اضطراباً في التحكم في الدفعات (Swedo, 1994) . ويبين جدول (٣٨) المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب .

جدول (٣٨) : المحكات التشخيصية لهوس ننف الشعر

- أ - ننف الشخص لشعره بشكل متكرر ، يتبع عنه فقد ملحوظ للشعر .
- ب - إحساس متزايد بالتوتر قبل ننف الشعر مباشرة أو عندما يحاول الفرد مقاومة هذا السلوك .
- ج - شعور بالسرور والإشباع والراحة عند القيام بتنّف الشعر .
- د - لا يفسر هذا الاضطراب ولا يستوعبه بطريقة جيدة أي اضطراب عقلي آخر ، كما أنه لا يرجع إلى حالة طبية عامة (مثل ذلك حالة جلدية) .
- هـ - يسبب الاضطراب ضيقاً إكلينيكياً شديداً أو إعاقة في الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة .

عن : (APA, 1994, p. 621) .

وقد أشار بعض الدراسات إلى أن هوس ننف الشعر يمكن أن يصنف مع اضطراب الوسواس القهري عبر طائفة من الاضطرابات التي تشترك معاً في القهر المرضي . لقد نازح السؤال عما إذا كان اضطراب ننف الشعر جزءاً من الاضطرابات التي تقع في نطاق الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري أو لا ؟ والشاغل أن هذا السؤال قد أثّر في البداية

من المرضى أنفسهم ، فبعد برنامج تلفازي (٢٠ / ٢٠) بثته قناة ABC في مارس ١٩٨٧ عن الوسواس القهري ، طلب كثير من النساء عبر الهاتف أن يعالجن من سلوكهن القهري المتعلق بتفث الشعر ، وصممن على أن تنف الشعر هذا معوق ومسبب للكرب بالنسبة لهن ، مثله في ذلك مثل : سلوك المراجعة ، وجمع الأشياء غير المهمة ، وغسل اليدين . . . ، وغير ذلك من الأعراض التي رأيتها في البرنامج التلفازي .

وأثارت هذه التعليقات عدداً من الفحوص التي أجريت بهدف بيان التشابهات والفروق بين اضطرابي تنف الشعر والوسواس القهري .

وعلى الرغم من عدم إتاحة دراسات وبائية عن اضطراب تنف الشعر فإن التقديرات تشير إلى معدل انتشار يبلغ ٢٪ بين الجمهور ، كما أن الفروق بين الجنسين غير معروفة ، مع أن الحالات التي تتقدم إلى العيادات من الإناث أساساً . ويعد نقص المعلومات عن هذا الاضطراب راجعاً إلى الطبيعة السرية للتكتمة لدى الأفراد المصابين به ، إذ تُقضى الساعات كل يوم في إخفاء هذه الحالة والتمويه عليها ، وفي حالات كثيرة قالت المريضة : إن زوجها لم يشعر بأنها صلعاء لأنها لم تكن معه قط من دون شعر مستعار (باروكة) !

وقرر كثير من المرضى أنهم كانوا يعتقدون أنهم الوحيدون المصابون بهذه الحالة ، وأنهم لم يبحثوا عن العلاج بسبب خوفهم من أن يُعتقد أنهم مرضى عقليون . ولا تختلف هذه «السرية» عما يشاهد في اضطراب الوسواس القهري منذ سنين عدة مضت ، وقد يعكس العقلية ذاتها : يعلم مرضى هوس تنف الشعر أن تنف الشعر أمر شاذ ، ومع ذلك لا يستطيعون التوقف (Swedo, 1993) .

المظاهر الإكلينيكية لاضطراب تنف الشعر :

يقضى مرضى تنف الشعر - في الحالات الشديدة - بضع ساعات كل يوم يتفنون فيها شعرهم أو يفكرون في نقطة ما ، ويكشف هؤلاء المرضى عن مساحات كبيرة صلعاء ذات شكل غير منتظم ، يتخللها شعر قليل وقصير ينمو من جديد . وفي الحالات الأقل شدة توجد لدى المرضى مساحات قليلة من الصلع أو النحول الذي لا يمكن إدراكه ينتشر في الرأس كله ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الرموش والحواجب وشعر الجسم وشعر العانة

يمكن أن ينتفها المريض .

وكما يصف مرضى الوسواس القهري تماماً القلق الشامل المصاحب للدفعة القهرية التي تسبب الراحة الوقتية عند تنفيذ الطقوس ، فإن مرضى هوس نفث الشعر يصفون دفعة لا يمكن مقاومتها وقلقاً مصاحباً لها يتسبب في نفثهم لشعرة معينة ، بعد ذلك يحدد المريض الشعرة المختارة على أنها مختلفة عن الأخريات ، كأن تكون مفتلة مستقيمة ، هشة/ لينة . . . وهكذا ، وأن إزالتها أمر ضروري لجعل الشخص يشعر بأن « كل شيء على ما يرام » !

وعلى الرغم من أن هناك إحساساً محدداً بمعرفة أي شعرة معينة يبحث المريض عنها ، فإن كثيراً من الشعر ينتف حتى يحصل تماماً على الشعرة المقصودة . ويمكن أن تستخدم الملاقيط الصغيرة لاستخراج الشعرة كلها من جذورها ، ولكن المرضى نادراً ما يقررون شعورهم بالألم المرتبط بهذا .

وبعض المرضى يقومون «بالالتقاط» بشكل قهري في فروة الرأس بالإضافة إلى نفث الشعر ، وتنتج عن ذلك أضرار متعددة صدمية ومؤلمة لفروة الرأس ، وبعض المرضى يأكلون جذر الشعرة أو الشعرة كلها ، ولدى بعض المرضى طقوس متقنة تحيط بنتف الشعر ، في حين ينتف مرضى آخرون شعرة وراء شعرة في تتابع سريع دون تفكير غالباً ، ولذلك فقد يقضى المريض ساعتين لتنف عدد يتراوح بين ٢٠ و ٢٥ شعرة ، وقد ينتف العدد نفسه من الشعر في دقائق قليلة .

على العكس من القهر لدى مرضى الوسواس القهري فإن مرضى هوس نفث الشعر لا ينتفون شعورهم استجابة لفكرة وسواسية على أنها أذى يأتي إلى الشخص أو أحبائه ، ولكنهم ينتفون شعورهم فقط بسبب دفعة لا يمكن مقاومتها ويصاحبها قلق . وفضلاً عن ذلك فإن مرضى الوسواس القهري لديهم دفعات قهرية تعد غير مقبولة لذواتهم Ego - dystonic ، في حين أن كثيراً من مرضى نفث الشعر يقررون أن نفث الشعر عملية سارة وممتعة . كما يختلف الاضطرابان في أن مرضى الوسواس القهري يغيرون من أفعالهم عبر الزمن (مثلاً : يتطور العد إلى تكرار ، ثم يترك الأخير مكانه

للاغتسال) ، في حين أن مرضى هوس نتف الشعر يتفون فقط شعرهم ، ولا يستبدلون بهذا السلوك أي طقوس قهرية أخرى (Ibid) .

الاضطرابات المرتبطة بهوس نتف الشعر :

يرتبط اضطراب نتف الشعر - بنسب مختلفة - بكل من : الاضطراب النفسى ، واضطراب الشخصية ، والاكتئاب الأحادي ، واضطراب القلق العام ، والاضطراب الوجداني الثنائي ، وسوء استخدام المواد ذات الآثار النفسية ، واضطراب الهلع ، هذا فضلاً عن الوسواس القهري .

وأكثر الأدلة إقناعاً لوضع اضطراب نتف الشعر في طائفة الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري تلخص في فاعلية عقار «كلومبرامين» (وهو مركب ثبت أنه مضاد للوسواس) لعلاج اضطراب نتف الشعر ، فقد ثبت أنه يحسن بعض حالات هوس نتف الشعر . ولكن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسة للوصول إلى برنامج يكف أعراض اضطراب نتف الشعر على المدى الطويل (Ibid) .

الوسواس القهري واضطراب «توريت»

اضطراب توريت Tourette's disorder زملة تستمر طوال الحياة لدى المصاب بها ، وليس لهذا الاضطراب سبب معروف ، وتتضمن أعراض هذا الاضطراب اللزمات الحركية والصوتية (حركات فجائية متكررة ، وإيماءات أو نطق يحاكي تماماً بعض جوانب الخبرة السلوكية السوية) ، كما تحدث الوسواس والقهر في نسبة كبيرة من الحالات (أفكار فجائية متكررة ، وصور تخيلية أو دفعات للقيام بأفعال معينة تقتحم عقل المريض ومن الصعب مقاومتها) . أما الظواهر الحسية الحركية Sensorimotor التي تصاحب عادة اللزمات والسلوك الوسواسي القهري فهي ظواهر لم يتم تقديرها بطريقة جيدة . وتشمل هذه الخبرات مبهاعر أو دفعات تحذيرية تهادأ وتسكن عند أداء المريض لهذه الأفعال ، مع حاجة إلى القيام باللزمات حتى يشعر المريض بأن كل شيء على ما يرام (Leckman, 1993) .

تاريخ دراسة اللزمات :

على الرغم من أن أعراض اللزمة قد لوحظت وأوردت منذ القدم فإن الدراسة المنظمة لها تعود فقط إلى القرن التاسع عشر بتقارير من «إيتارد» Itard عام ١٨٢٥ و«جيل دي لا توريت» Gilles de la Tourette ، والذي اتخذ الاضطراب اسمه ، فقد وصف في دراسته المأثورة (الكلامية) عام ١٨٨٥ تسع حالات تعاني من اضطراب اللزمات ، تتسم بعدم التأزر الحركي أو اللزمات ، فضلاً عن صيحات غير مترابطة تصاحبها كلمات منطوقة ومتسقة وتحاكي كلام الآخرين Echolalia أو فاحشة بذيئة Coprolalia . وقد أُلح هذا التقرير أيضاً إلى جانبين هما : الارتباط بين اضطراب اللزمات ، وأعراض الوسواس القهري ، والطبيعة الوراثية لهذه اللزمة (Leckman, 1993) .

والتصنيف الحالي لاضطراب اللزمات في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين يضعها ضمن الاضطرابات التي تشخص عادة في الطفولة أو المراهقة ، وتشمل اللزمات أربعة أقسام فرعية : اضطراب «توريت» ، واضطراب اللزمات الحركية أو اللفظية المزمن ، واضطراب اللزمات العابر ، واضطراب اللزمات غير المحدد في مكان آخر (APA, 1994, pp.100-105) . ويبين جدول (٣٩) محركات الاضطراب .

وعلى الرغم من أنه كان يُعتقد فيما مضى أن اضطراب «توريت» حالة نادرة ، فإن الدراسات الوبائية الحديثة تشير إلى أن هناك نسبة تتراوح بين ١ ، ٠٪ و ٦ ، ٠٪ من الأولاد يصيبهم هذا الاضطراب ، أما انتشار اضطراب «توريت» لدى البنات فهو أقل بدرجة كبيرة ، وربما يكون في مستوى من ٠ ، ١٪ إلى ٠ ، ٦٪ .

واضطراب «توريت» حالة أسرية ، إذ أكدت دراسات التوائم والأسر أن الاستعداد للإصابة به يتحدد وراثياً . كما تشير هذه الدراسات أيضاً إلى أن بعض حالات اضطراب الوسواس القهري يمكن أن تنشأ عن التهيو الوراثي الكامن ذاته كما في اضطراب

جدول (٣٩) : المحركات التشخيصية لاضطراب «توريت»

المحركات التشخيصية

- أ - وجود كل من اللزمات الحركية المتعددة ، وواحدة أو أكثر من اللزمات الصوتية في وقت معين في أثناء المرض ، على الرغم من أنه ليس من الضروري أن توجد معاً .
(اللزمة : حركة أو صوت فجائي وسريع ومتكرر وغير منتظم ويقع في قالب محدد) .
- ب - تحدث اللزمات مرات كثيرة في اليوم (في نوبات عادة) ، وتحدث كل يوم تقريباً أو بصورة متقطعة خلال فترة تزيد على عام واحد ، وخلال هذه الفترة لا توجد مطلقاً فترة متحررة من هذه اللزمات خالية منها لأكثر من ثلاثة أشهر متعاقبة .
- ج - يسبب الاضطراب ضيقاً واضحاً أو إعاقة كبيرة في الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها من المجالات المهمة .
- د - تكون البداية قبل عمر ١٨ سنة .
- هـ - لا يكون الاضطراب راجعاً إلى الآثار الفيزيولوجية المباشرة لتعاطي مادة ما (منبهة مثلاً) أو نتيجة لحالة طبية عامة (مثل مرض «هنتجتون» أو التهاب المخ التالي للعدوى الفيروسية) .

. (APA, 1994, p. 103)

«توريت» . وتقدم النماذج الرياضية للانتقال الوراثي تأكيداً لهذا الاستنتاج .

وبينت دراسات التوائم الصنوية Monozygotic twins تدخل عوامل أخرى غير وراثية في اضطراب «توريت» مثل : حوادث قبل المولد ، والتعرض للضغط الشديد ، والمواد المنبهة للجهاز العصبي المركزي أو المواد المؤثرة نفسياً .

ويتاح عدد لا بأس به من الدراسات التي استخلصت أن العقد العصبية القاعدية Basal ganglia والتراكيب اللحائية والمهادية المرتبطة بها مسؤولة عن الأساس البيولوجي المرضي لكل من اضطراب «توريت» واضطراب الوسواس القهري (Leckman, 1993) .

اللززمات واضطراب «توريت» والوسواس القهري :

اللززمة Tic حركة أو إيماءة أو نطق صوت ما ، وتحدث بطريقة فجائية ومتكررة ، وكلها تحاكي أو تشبه بعض جوانب السلوك السوي ، وتكون عادة ذات دوام قصير ، فيندر أن تدوم اللززمة أكثر من ثانية واحدة ، وعمل إلى أن تحدث على شكل نوبات Bouts ، وأحياناً تشتت فجأة Paroxysm وبشكل مسرحي (درامي) ، ويمكن أن تحدث اللززمات بصورة فردية أو جماعية على شكل تجمع «أوركستراي» ، وتختلف في شدتها وقوتها .

وعلى الرغم من أن كثيراً من اللززمات يمكن أن تكف أو تقع بصورة ودية فإن الفرد يخبرها ويجريها على أنها لاإرادية . وقد ترتبط اللززمات بدفعات جسمية حسية فيؤدي صدور اللززمة إلى تخفيفها وتهديتها . واللززمات الحركية تختلف عن الحركات «الفجائية البتراء غير المتوقعة» Abrupt مثل رمش العين ، وانحناء الركبة أو هز الكتف . كما تختلف اللززمات عن السلوك المركب الذي يبدو أن له غرضاً محدداً مثل تعبيرات الوجه وإيماءات الذراعين والرأس . ويمكن أن تكون هذه الحركات - في الحالات المتطرفة - فاحشة داعرة Obscene أو تسبب الأذى الشخصي مثل الضرب أو العض . ويمكن أن تتراوح اللززمات الصوتية أو اللفظية بين البسيطة كأصوات تسليك الحنجرة والنطق والكلام المبتذل ، ويوجد في الحالات الشديدة كلام فاحش قذر بلديء أو مبتذل Coprolalia .

ومن الصعب جداً أن نميز بين اللززمات الحركية المركبة والسلوك القهري ، كما أنه من الصعب تمييز الوعي الشعوري الكامن في الدفعات الجسمية الحسية عن الأفكار الوسواسية . وبين جدول (٤٠) تمييزاً للوسواس والقهر المرتبطين باللززمات عن الوسواس والقهر التقليديين (Lackman, 1993) .

وقد بينت أربع عشرة دراسة إكلينيكية أن نسبة تتراوح بين ٣٠٪ ، و ٤٠٪ على الأقل من الراشدين المصابين باضطراب «توريت» لديهم أعراض وسواسية قهرية واضطراب الوسواس القهري .

وكشفت الدراسات على أعضاء الأسرة من الدرجة الأولى (أي الآباء والإخوة

جدول (٤٠) : الأعراض الوسواسية القهرية في اضطراب «توريت»

الأفكار الوسواسية

مرتبطة باللزمات : دفعات حسية متكررة غير مرغوبة ، أو أفكار مرتبطة باللزمات ، أفكار مفادها أن سياق اللزمات يحتاج إلى الضغط .

مستقلة عن اللزمات : أفكار أو صور تخيلية مقشحة بغضبة كرهية عن الموت والأمور الجنسية والاعتقادات الدينية ، غير مرتبطة باللزمات ، وتحتاج إلى مجهود لمقاومتها ، وترتبط بضيق واضح أو تدخل في حلوثها .

السلوك القهري

مرتبطة باللزمات : لزمات مركبة في قالب واحد مثل : التقرب بالإصبع ، والاتقاط ، والشهق ، واللمس (أشياء معينة أو الذات أو الآخرين) ، والتقبيل ، والأفعال الفاحشة ، والضرب ، والعص (الذات) .

مستقل عن اللزمات : العد ، وطقوس الترتيب ، والغسل ، واللبس ، وطقوس المراجعة التي ينفذها الفرد عادة تبعا لقواعد معينة ، والتي لاتعد غاية في حد ذاتها بل يقصد بها أن تمنع ضيقا ولما من الناحية العقلية أو كإثارة معينة متخيلة .

والأحفاد (المصابين باضطراب «توريت» أن أعضاء الأسرة لديهم خطر مرتفع لتطوير اضطراب «توريت» ، واضطراب اللزمات الحركية المزمن ، واضطراب الوسواس القهري أكثر من الأفراد غير المرتبطين بقرابة (Leckman,1993) .

اضطراب الوسواس القهري والسلوك الجنسي القهري

يشمل السلوك الجنسي القهري الأفعال الجنسية المتكررة والأفكار الجنسية التي تقتحم عقل الشخص ، فيشعر بأنه مجبر أو مضطر أو مقود إلى تنفيذ هذا السلوك الذي قد

يسبب له ضيقاً ذاتياً وربما لا يسبب له ذلك . وقد يبحث الشخص عن العلاج الطبي النفسي بسبب الرغبة في تغيير هذا السلوك ، أو أن يكون هذا التغيير إجبارياً ورسمياً لأسباب قانونية كما في بعض حالات التعبير الجنسي المعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعياً Paraphillias .

وعلى الرغم من أن هذا السلوك مقبول من ذات الشخص فإنه يمكن أن يؤثر في الجوانب الأخرى من حياة المريض ، فمثلاً الممارسة القهرية للعادة السرية قد تصبح مستنفدة للوقت جداً بحيث تؤثر في عمل الشخص أو علاقاته . وإن تهديد «الإيدز» في العقد الأخير قد دفع بعض الناس إلى محاولة تغيير أنماط السلوك الجنسي لديهم .

وعلى العكس من ذلك فإن الوسواس الجنسية غير مقبولة من أنا الشخص ، وهي أفكار تقتحم ذهن الشخص ، وتتصل بأمر جنسية لا تحض عادة على سلوك جنسي ، ومن ثم يمكن أن تعد الوسواس الجنسية شكلاً من أشكال اضطراب الوسواس القهري نفسه .

وإن وضع السلوك الجنسي القهري في فئة مناسبة أمر صعب ، على العكس من الوسواس الجنسية ، وليس هناك اتفاق بين العاملين في مجال الصحة النفسية على علاج السلوك الجنسي القهري ، ومن الأسئلة التي لم نجد لها حلاً بعد : إلى أي مدى يعدّ هذا السلوك في الحقيقة «قهرياً»؟

لقد افترض أن السلوك الجنسي القهري يوجد خلال طائفة من الاضطرابات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري ، وحيث إن السلوك الجنسي القهري في بدايته سلوك محدث للذة والسرور فإنه لا يشبه مطلقاً السلوك القهري الحقيقي في اضطراب الوسواس القهري ، حيث يعد السلوك القهري المضطرب في بدايته غفلاً من المعنى ، ولكنه أيضاً يريح ويخفف عن المريض ضيقه .

ومعدلات انتشار السلوك الجنسي القهري غير معروفة ، وتعترف نسبة من الرجال أكثر من النساء بهذا الاضطراب ، ولكن ذلك لا يعنى وجود فروق

حقيقية بين الجنسين ، فقد تعبر النساء عن هذه الحالة الكامنة عن طريق بدائل أخرى تكشف عن أعراض مختلفة ، ولا توجد بيانات عن التاريخ الأسرى للسلوك الجنسي القهري (Anthony & Hollander, 1993) .

وتوجد ثلاثة أنواع من هذا السلوك كما يلي : الوسواس الجنسية ، والتعبير الجنسي غير المقبول اجتماعياً ، وأنواع أخرى من السلوك القهري الجنسي مثل الشبوعية الجنسية أو ممارسة العادة السرية بصورة قهرية .

الوسواس الجنسية

حالة «وسواس خبيثة» :

رجل في التاسعة والثلاثين من عمره ، تطور لديه انشغال بالنظر إلى زاوية الساقين (الزاوية الناتجة عن انفرجاق الساقين) لدى الرجال الآخرين ، مع خوف من إمكان اكتشافه ، وأدت به هذه الوسواس إلى صعوبات ومشكلات في العمل ، كما نتج عنها عجزه عن التعامل بكفاءة في المواقف الاجتماعية . ونجم عن هذه الأفكار الوسواسية التي تقتحم عقله والقهر الناتج عنها (الحملقة والتحديث في زاوية الساقين) أن أصبح قلقاً ومكتئباً بصورة مزمنة ، وأثر ذلك في إنجازه لأعماله وتلقى علاجاً بالعقاقير أدى إلى تخفيض الوسواس وتحسين مزاجه .

والوسواس الجنسية أفكار أو خيالات جنسية مقتحمة متطفلة ومدائمة ، وتسبب الضيق عادة للمريض ، وقد يضطر المريض إلى القيام بطقوس معينة ليقاوم فعل الوسواس أو ليجعلها محايدة (Ibid) .

اضطراب التعبير الجنسي غير المقبول اجتماعياً :

تتضمن اضطرابات التعبير الجنسي الذي يعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعياً Paraphilias أفعالاً أو تخیلات متكررة تعد غير مألوفة «وغريبة شاذة» Bizarre ، وتتضمن بوجه عام تفضيل موضوعات غير إنسانية للإثارة الجنسية ، أو نشاطات مع آدميين تتضمن

المعاناة أو الإذلال والخزي ، أو مع شريك غير موافق على هذه الأفعال .

ويصف مرضى اضطرابات التعبير الجنسي دفعات متكررة ومعاودة للقيام بهذا السلوك الجنسي المتحرف ، ولدى هؤلاء المرضى غالباً أكثر من نوع من أنواع اضطرابات التعبير الجنسي وإذا عولج أحد الأنواع المسيطرة على المريض فلن نوعاً آخر من هذه الانحرافات يبرز أو يقوى . ويأتي المعتدون الجنسيون المصابون باضطراب التعبير الجنسي كالمغتصبين ومن يمارسون الجنس مع الأطفال ، يأتون إلى العلاج من خلال النظام القضائي وليس نتيجة لرغبتهم الخاصة في التخلص من هذا السلوك القهري (Ibid) .

الفئات الفرعية في اضطرابات التعبير الجنسي :

يعرض الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية
(APA, 1994, pp. 522-532) للفئات التالية :

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------------------|
| Exhibitionism | ١- الاستعراضية |
| Fetishism | ٢- الأثرية |
| Frotteurism | ٣- الاحتكاك واللمس |
| Pedophilia | ٤- النشاط الجنسي مع الأطفال |
| Sexual Masochism | ٥- الجنس مع تلقى تعذيب الآخر |
| Sexual Sadism | ٦- الجنس مع إيقاع العذاب بالآخر |
| Transvestic Fetishism | ٧- ارتداء ملابس الجنس الآخر |
| Voyeurism | ٨- استراق النظر أو التلصص على الآخرين وهم عُرّة |

حالة مرضية «وسواس ومازوخية» :

رجل في الثامنة والثلاثين من عمره ، لديه اضطراب الوسواس القهري يصاحبه خيالات تجلب له السرور ، وتتعلق بتعذيب وعذاب يقع عليه هو نفسه بوصفه ضحية ، وكان يقوم بممارسة العادة السرية على ضوء خيالات مفادها أنه يتلقى الضربات ، وأنه

يمارس الجنس مع بغْيٍ تهينه وتحقّره .

وقد تقدّم هذا الرجل في البداية للعلاج من أعراض اضطراب الوسواس القهري فقط ، وقرر تحسّناً في أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد تلقّي عقار معالج ، ولكن من دون تغيير في سلوكه الجنسي (Op. Cit) .

سلوك جنسي قهري آخر :

حالة :

رجل في الأربعين من عمره ، له تاريخ يصل إلى عشر سنوات من ممارسة العادة السرية بصورة قهرية ، يصاحبها خيالات مخزية مُدَّة تتضمّن لبس ملابس النساء .

ويصف هذا الرجل مشاعر القلق التي يشعر بها إذا لم يستطع أن يستسلم للقهر المتصل بالعادة السرية التي يمكن أن تشغله ساعات كثيرة ، كما لاحظ هذا الرجل رغبة متزايدة لممارسة هذه العادة عندما يواجه مواقف عصبية تتطلب منه أن يؤكد ذاته .

وقد تقدّم للعلاج بعد أن تزوج ، وشعر بأنه غير قادر على الاستمرار في هذا السلوك القهري في حضور زوجته ، كما قرر كذلك تأخّره عن العمل بشكل متكرر نتيجة لسلوكه القهري ، وشكا من ضعف التركيز .

العلاقة مع اضطراب الوسواس القهري :

يعانى مرضى وسواس الجنس - شأنهم في ذلك شأن مرضى اضطراب الوسواس القهري - من أفكار أو دفعات مقتحمة تضايقهم وذات طبيعة خاصة ، وقد تقتصر الأعراض لديهم على هذه الأفكار الجنسية ، أو قد تشمل طائفة أخرى من الوسواس والقهر كذلك .

وتعد اضطرابات التعبير الجنسي المعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعياً ، وكذلك القهر الجنسي مجلبة للذة والسرور فوراً ، وهو ما تختلف فيه عن القهر في اضطراب

الوسواس القهري الذي يعد عادة غفلاً من المعنى ومسبباً للاضطراب . على أن السلوك القهري الجنسي يمكن أن يصبح مضيقاً عندما يكون مستنفداً للوقت ، وله عواقب قانونية ، أو يعرض الشخص للأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس . كما أن التخلي أو النشاط الجنسي من هذا النوع يترك الشخص أو يخرق المعايير الخلقية لديه ، ولكنه لذيد وسار في البداية . وتورد التقارير العلمية أن كلا من السلوك القهري في اضطراب الوسواس القهري والسلوك الجنسي القهري يريحان ويهدئان من القلق .

وتجدر الإشارة - من ناحية أخرى - إلى أن كون السلوك القهري الجنسي يؤدي إلى اللذة والسرور في البداية يجعله يشبه سلوك الإدمان (Anthony & Hollander, 1993) .

المقامرة المرضية

لم يتم تحديد المقامرة المرضية Pathological Gambling بوصفها وحدة مرضية مميزة إلا في الآونة الأخيرة ، وتزايد في هذا العالم اليوم فرص المراهنة أو المقامرة القانونية وغير القانونية ، ويشارك في هذه النشاطات أعداد متزايدة من السكان ذات أعمار صغيرة . ولقد أصبحت المقامرة والعوامل المرتبطة بها - بالنسبة لبعض الأشخاص - جانباً مسيطراً على حياتهم . وغالباً ما تعد هذه العوامل من بين أسباب تدهور الأسرة والعلاقات الاجتماعية وخسارة العمل والمنزل والمال . ويؤدي ذلك بالمقامرين إلى أن يحشوا عن مصادر غير قانونية للإصلاح المؤقت لموقفهم اليائس ، أو قد يتسبب عنه أذى أو ضرر شخصي وتورط مع النظام القضائي .

والمعلومات قليلة عن المقامرة المرضية ، وقد يأتي المتورطون فيها إلى العيادة النفسية على شكل شكاوى من الاكتئاب أو الاعتماد على العقاقير أو المواد ذات الآثار النفسية (DeCaria & Hollander, 1993) .

تعريف المقامرة المرضية :

إن تعريف المقامرة المرضية عمل صعب ، حيث صُنفت عدة تصنيفات : على

أنها اضطراب تحكم في الدفعات ، واضطراب قهري ، وإدمان . وقد صنفت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (APA, 1994, pp. 615-618) على أنها من بين اضطرابات التحكم في الدفعات غير المصنفة في موضع آخر (مع اضطرابات : الانفجارات العدوانية المتقطعة ، والسرقة القهرية ، وهوس إحداث الحرائق ، وهوس نفث الشعر) . وبين جدول (٤١) أهم المحكات التشخيصية للمقامرة المرضية (APA, 1994, p. 618) .

وباستخدام المحكات التشخيصية الواردة في جدول (٤١) يمكن أن نلاحظ العلاقة بين المقامرة المرضية وكل من : السلوك القهري والإدمان ، لأن الأخيرين يمكن أن يرتبطا بمستويات مرتفعة من التوتر قبل الاندماج في السلوك القهري أو الإدماني ، يليه شعور بالراحة بعد إتمام النشاط . وتشترك المقامرة المرضية أيضاً مع الإدمان في بعض الجوانب مثل : التحمل Tolerance والانسحاب Withdrawal . ولكن المقامرة المرضية تختلف عن الإدمان في أنها اضطراب لا يظهر على الفرد بسهولة ، ومرض يمكن إخفاؤه سنين طويلة .

وفي هذا الجانب الأخير تشبه المقامرة المرضية شبيهاً كبيراً اضطراب الوسواس القهري ، فإن التوتر والقلق - الذي يرتفع نتيجة الأفكار الوسواسية في كليهما - يهدأ لدى تنفيذ السلوك القهري ، ولكن السلوك المتعلق بالطقوس في اضطراب الوسواس القهري يوصف بأنه غير مقبول للأنا ، وفي حالة المقامرة المرضية - كما في الإدمان على الكوكايين - هناك شعور قوي بالسرور يصاحب إتمام السلوك وتفرغ التوتر - على الأقل - في المراحل الأولى للاضطراب ، ولهذا السبب فإن مصطلح المقامرة المرضية أفضل من المقامرة القهرية .

وقد دلت الدراسات على أن المقامرة المرضية اضطراب منتشر نسبياً ، وهناك معلومات قليلة عن أسبابه ، وسير المرض مستفحل متعاظم Progressive ومزمن ، وتتضمن تعقيدات المقامرة المرضية محاولات الانتحار وغير ذلك من السلوك المدمر للذات ، والمشكلات القانونية والفوضى أو الاضطراب الانفعالي والاجتماعي والشخصي

جدول (٤١) : المحكات التشخيصية للمقامرة المرضية

المحكات التشخيصية

أ- سلوك مقامرة غير تكيفي والذي يحدث بصورة معاودة موصولة كما يتضح من خمسة محكات أو أكثر مما يلي :

- ١- منشغل بالمقامرة (مثال ذلك : أن ينشغل بالعيش مرة ثانية في الخبرات الماضية المتعلقة بالمقامرة ، أو يخطط للمقامرة التالية ، أو يفكر في طرق للحصول على المال الذي يقامر به) .
 - ٢- يحتاج إلى أن يقامر بكميات كبيرة من المال حتى يحقق الإثارة المرغوبة .
 - ٣- لديه محاولات ناجحة متكررة للتحكم في المقامرة أو إيقافها أو إيقافها .
 - ٤- غير مستقر وقابل للاستشارة عندما يحاول أن ينقص من المقامرة أو يوقفها .
 - ٥- يتخذ المقامرة سبيلاً للهروب من المشكلات أو لتهدئة مزاج مكتئب (مثال ذلك : مشاعر العجز والذنب والقلق والاكتئاب) .
 - ٦- بعد خسارة مال المقامرة كثير ما يعود في يوم نال إليها لتعويض خسارته .
 - ٧- يكذب على أفراد الأسرة والمعالج أو الآخرين ليخفي مدى تورطه في المقامرة .
 - ٨- ارتكب أفعالا غير قانونية مثل التزوير والاحتيال والسرقة أو الاختلاس لتمويل المقامرة .
 - ٩- عرض للمخاطر أو خسر علاقة مهمة أو مهنة أو تعليما أو فرصة مستقبل جيد نتيجة المقامرة .
 - ١٠- يعتمد على الآخرين في إمداده بالمال لإصلاح موقفه المالي الميؤوس منه نتيجة المقامرة .
- ب- لا يفسر سلوك المقامرة بطريقة جيدة عن طريق مرحلة هوس .

والمالي داخل الأسرة . وتشترك المقامرة المرضية - في بعض ملامحها - مع اضطرابات التحكم في الدفعات ، والإدمان والوسواس القهري ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات (DeCaria & Hollander, 1993) .

الوسواس القهري والإدمان

المخدرات والمواد النفسية الحديثة للإدمان ذات أثر سيء في الفرد والمجتمع ، وتسبب في مشكلات اجتماعية واضطرابات نفسية شتى (انظر : مصطفى سيف ، ١٩٩٦) . وقد وصف «سنجو» في اليابان حالتين مرضيتين كشفتنا عن اضطراب وسواسي قهري شديد عندما كانتا تسيثان استخدام الكودايين ، وقد اختفت هذه الأعراض تماماً بعد الشفاء الكامل من سوء استخدام الكودايين (Senjo, 1989) .

كما تحدث أعراض الوسواس القهري نتيجة تعاطي المنشطات Stimulants والكوكايين وحبوب التخسيس والعقاقير المهلوسة (مثل LSD) (انظر : Steketee, 1999, p.10) انظر إلى هذه الحالة :

حالة اضطراب الوسواس القهري في هيئة إدمان على الكحول :

«إلهام» سيدة في الثامنة والثلاثين من عمرها ، أم لولدين في العقد الثاني ، وقد أحضرت إلى المستشفى ، ولها تاريخ في الإدمان المفرط مدة شهر تقريباً . وجدت «إلهام» نائمة على أرضية المطبخ في حالة سكر ، أدت إلى إدخالها غرفة الطوارئ . وكان زوجها مزعجاً جداً لدرجة أنه رفض إجراء أي شيء لها ، وكانت يائسة وتقول : إن حياتها مقبضة يفسدها القلق ، وإن الطريقة الوحيدة التي تستطيع بها أن تشعر بنفسها في حالة جيدة هي أن تشرب كثيراً جداً إلى درجة ألا تعرف ماذا يجري حولها .

وتؤكد «إلهام» أنها تكره طعم الخمر ، ولكن الشرب هو الطريقة الوحيدة التي تجعلني أنسى الأشياء ، وكشفت الأسئلة التمهيديّة أنه لا يوجد شيء مقبض أو مثير للاكتئاب في البيئة التي تعيش فيها ، فحالة زوجها المالية ممتازة ، وهو شخص مهتم بها

ويرعاها بخنان ، وطفلاها يتصرفان ويدرسان بشكل جيد .

وعند توجيه مزيد من الأسئلة لها كشفت «إلهام» أن مصدر القلق والاكتئاب لديها هو الاقتحام المستمر لفكرة أنها يمكن أن تكون مصابة بسرطان الثدي ، وهي تعرف تماماً أنها تتمتع بصحة جيدة ، وحاولت أن تدفع جانباً فكرة أنها مصابة بسرطان الثدي ، ولكن الفكرة تقتحم عقلها بصورة دائمة ، واستمر قلقها في الارتفاع . وعندما يصبح القلق غير محتمل فإنها تستدعى طبيب النساء والتوليد ليجرى لها فحصاً للمصدر بأشعة «إكس» علماً بأن لديها ما يزيد على ثلاثين صورة بالأشعة للثدي خلال السنتين الماضيتين .

وكشف فحص الحالة العقلية وجود وسواس مسيطر متصل بسرطان الثدي ، والرغبة القهرية في إجراء فحص للثدي بالأشعة ، والمريضة لم تكن لديها الأعراض التقليدية للاكتئاب ، وكان تشخيصها : اضطراب الوسواس القهري ثم سوء استخدام الكحول .

إن ما يسبب الاضطراب لهذه المريضة بصورة واضحة هو الاقتحام الدائم لأفكار معينة تتعلق بصحتها ، بحيث تشق هذه الأفكار طريقها بالقوة إلى منطقة الوعي لديها ضد إرادتها . وهذه الأفكار جميعاً لها خصائص الوسواس : إنها معاودة متكررة ومستمرة دائمة ، وعلى الرغم من إدراكها لهذه الأفكار الوسواسية على أنها نتاج لعقلها ذاته (فهي تعرف أنها تتمتع بصحة جيدة) ، فإن القلق يتراكم حتى يجبرها على ترتيب إجراء فحص ثديها بالأشعة .

وحيث إن وسواس «إلهام» تسبب لها ضيقاً وكرهاً واضمحين ؛ ويبدو أن هذه الوسواس لا تتعلق بتفسيرها لعلامات أو إحساسات جسمية فعلية أو متخيلة دليلاً على مرض جسمي ، فإن تشخيص اضطراب الوسواس القهري له ما يسوغه ، وليس توهم المرض ، كما أنه ليس ضلالة أو فكرة متوهمة (Greist & Jefferson, 1995, p. 113f) .

الوسواس القهري والاندفاعية

يشمل مصطلح الاندفاعية Impulsivity كلاً من : اضطراب الشخصية المندفعة واضطرابات التحكم في الاندفاعات Impulse control . وعلى الرغم من أن هذه الاضطرابات قد لقيت مزيداً من الاهتمام في السنين العشر الأخيرة ، فإن اضطرابات التحكم في الاندفاعات ظلت بين الاضطرابات الأقل فهما في الطب النفسي الحديث .

تصنيف اضطرابات التحكم في الاندفاعات :

يصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (APA, 1994, pp.609- 621) اضطرابات التحكم في الاندفاعات (غير المصنفة في موضع آخر) إلى ستة أنواع كما يلي :

١ - الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent Explosive Disorder : ويتصف بحدوث فترات متقطعة من الإخفاق في مقاومة الدفعات العدوانية التي تصدر على شكل اعتداءات خطيرة أو تدمير الملكية .

٢ - هوس السرقة Kleptomania : ويتسم بالإخفاق المتكرر في مقاومة دفعات لسرقة أشياء لا يحتاجها الفرد للاستعمال الشخصي ، وقد تكون غير ذات قيمة مادية .

٣ - هوس إحضار الحرائق Pyromania : ويتصف بإشعال الحرائق من أجل السرور أو الإشباع أو لتهديئة التوتر .

٤ - المقامرة المرضية : وتتسم بسلوك المقامرة غير التوافقي المعاوذ والمستمّر (وقد سبق عرض أهم خصائصها) .

٥ - هوس نتف الشعر : ويتصف بتف الفرد لشعره بصورة متكررة لتحقيق السرور أو الإشباع أو لتهديئة التوتر ، ويتج عنه فقد ملحوظ للشعر (وقد سبق عرض أهم خصائص هذا الاضطراب) .

٦ - اضطراب التحكم في الدفعات غير المحدد في موقع آخر .

والخاصية الأساسية المشتركة بين اضطرابات التحكم في الاندفاعات هي الإخفاق

في مقاومة اندفاع أو دافع أو إغراء للقيام بفعل يعد مُضرًا للشخص أو لغيره . ويشعر الفرد - في معظم هذه الاضطرابات - بإحساس متزايد من التوتر أو التنبه والاستشارة قبل ارتكاب الفعل ، ثم يشعر بالسرور والإشباع والراحة في وقت ارتكاب هذا الفعل . وبعد إتمام الفعل قد يشعر أو لا يشعر بالأسف ، أو وخز الضمير ، أو تفرغ الذات أو الذنب .

العلاقة بين الوسواس القهري واضطرابات التحكم في الاندفاعات :

هناك تشابهات شائعة بين اضطرابي الوسواس القهري والتحكم في الاندفاعات في كل من الجوانب الوصفية ، والأساس الحيوي (البيولوجي) ، والاستجابة للعلاج . والأمر المشترك بين الاضطرابين هو الدفعاة المفتحة للذهن والتي لا يمكن مقاومتها لارتكاب فعل قد يراه الفرد ذا معنى أو غفلا عنه . وبالإضافة إلى ذلك فإن كثيرا من المرضى بأي من الاضطرابين يشعرون بحالة توتر مرتفع مرتبط بمحاولات مقاومة هذا السلوك ، مع راحة من القلق تالية للقيام بهذا السلوك (Kavoussi & Caccaro, 1993) .

الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام

لوحظت الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام ، كما لوحظت الأعراض الذهانية في اضطراب الوسواس القهري (الذي سُمى فيما مضى : العصاب الوسواسي) . وقد أدى وجود هذا التداخل في الأعراض ببعض الباحثين المبكرين إلى استنتاج مفاده وجود رابطة وثيقة بين الاضطرابين . وعلى الرغم من أن الدراسات الحديثة أوردت معدل حدوث مرتفع نسبياً (١٥٪) لأعراض الوسواس القهري في الفصام فإن الدراسات الحديثة تؤكد ملاحظة «سير أوبري لويس» في عام ١٩٣٥ ومفادها أنه من النادر أن يتحول مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى الفصام (Kindler, Kaplan, & Zohar, 1993) .

الوسواس القهري والضلالات والفصام :

الفرق بين الوسواس والضلالات (Delusions) الاعتقادات الزائفة) يكمن في الاستبصار insight والمقاومة المتعلقة بالجذور الداخلية للوسواس ، في حين أن الضلالات

يعتقد أنها خارجية ولا تقاوم ، وتلقى هذه الملاحظة الضوء على الصعوبة الممكنة للتشخيص الثابت للوساوس والقهر لدى مرضى الفصام . وقد بين بعض الباحثين صعوبة تطبيق محك الاستبصار والمقاومة لتحديد الأعراض الوسواسية القهرية لدى مرضى الفصام ، ولكن تحديد الأعراض ووصفها وصفا سلوكيا يساعد على التفرقة بين الوسواس القهري والفصام ، كما أن الأعراض الفصامية يمكن إدراكها على أنها متسقة مع الأنا Ego - syntonik ولا يقاومها الفرد ، في حين أن أعراض الوسواس القهري تدرك على أنها غير مقبولة للأنا Ego - dystonic مع حدوث درجات مختلفة من المقاومة لها (Ibid) . وتوضح الحالات الآتية أعراض الوسواس القهري لدى مرضى الفصام بحيث يوجد كل من الاستبصار والمقاومة للأعراض .

حالة (أ) :

السيد «سليم» له من العمر سبعة وعشرون عاماً ، ذكر عزب ، له تاريخ يصل إلى سبع سنوات من الفصام غير المحدد ، يتسم بالعزلة الاجتماعية ، عاطفته فاترة مسطحة ، لديه نقص في الاهتمام بصحته الشخصية ، مع غموض ، ونقص المبادأة . وفي أثناء المرة الأخيرة التي أودع فيها المستشفى لوحظ عليه غسل قهري لليدين ، وعد الأجر أو القرميد (البلاط الفخار) الخاص بطوابق المباني ، يلي ذلك صلاة تتخذ نمطاً محدداً . وعندما سُئل «سليم» عن ذلك كشف عن انزعاج من فعل خطيئة ما في واحدة معينة من القرميد ، وأنه يجب أن يتعرف إليها بالذات حتى يبطل تدنيس المقدسات .

وعلى الرغم من أن «سليم» كان لديه استبصار بعدم معقولية هذه الأفكار تماماً فإن محاولات تجنب قيامه بطقوس معينة سببت له قلقاً معجزاً ، ومن ثم فسر الانشغال والسلوك المرتبط به على أنه وساوس وقهر على التوالي .

حالة (ب) :

«الطيفة» سيدة فصامية عزباء في الثلاثين من عمرها ، أودعت المستشفى اثنتي عشرة

مرة لفترات طويلة خلال سبع السنوات الماضية بسبب فترات ذهانية اتسمت بتهيج نفسي حركي ، وسلوك جنسي «شبيوي» وهلاوس سمعية ، وانشغال بموضوعات دينية . وفي أثناء المرة الأخيرة التي أودعت فيها المستشفى شكت من انشغال ديني دائم . وكانت خلواً من الاستبصار ، ومع ذلك فلكي تحارب «الطيفة» هذا الانشغال الديني فقد بدأت تعد القرميد أو الأجر ، وتمشى إلى السواء ، وتعض إصبعها ، وهو سلوك فُسر على أنه قهر (Ibid) .

الحدوث المشترك للوسواس القهري والفصام :

الدراسات على الحدوث المشترك للمرضين Comorbidity قليلة ، ويبدو أن مآل مرضى الفصام والوسواس القهري على المدى الطويل غير جيد بالنسبة لمرضى الفصام من دون أعراض وسواس قهري ، أي أن الوسواس القهري هنا يسهم في تفاقم حالة الفصام . وهناك ثلاثة فروض بالنسبة لهذه النتيجة ، أولها أن الفصام مع أعراض الوسواس القهري يمثل فئة فرعية نادرة من الفصام ولكنها خبيثة وقاسية . والتفسير الثاني أن هؤلاء المرضى يعانون من المرضين المستقلين في وقت واحد ، ومن ثم فقد يعكس المآل السيء لهما الأثر التراكمي أو المضاعف لهذين الاضطرابين . ويتلخص الفرض الثالث في أن أهمية أعراض الوسواس القهري في المآل السيء للمرض تنجم أساساً عن الطبيعة المزمنة لهذه الأعراض .

إن إدراك الخاصية التافهة وغير ذات المعنى للوسواس والقهر محك تشخيصي أساسي لاضطراب الوسواس القهري ، ولكن - خلال سير المرض - قد يفقد المريض الاستبصار Insight بتفاهة موضوع الوسواس . ويورد بعض الباحثين حالات مرضى وسواس قهري مع ملامح ذهانية ، ووجدوا أن الاقتقاد إلى الاستبصار بالوسواس يرتبط ببداية الملامح الذهانية عند هؤلاء المرضى .

وعلى الرغم من أن تكرار الذهان في اضطراب الوسواس القهري أمر غير واضح فقد أورد مجموعة من الباحثين أن ثلث عينة من ٤٩ مريضاً بالوسواس القهري في

دراستهم يدركون وساوسهم على أنها معقولة .

وهذه النقلة للوساوس من كونها غير ذات معنى وغير معقولة إلى كونها ذات معنى ومعقولة قد يصاحبه كذلك تغيرات في خاصية عدم قبول الأنا لهذه الوسواس ، ومثال ذلك حالة رجل في الخامسة والعشرين من عمره ، ألحق بالمستشفى بسبب مراجعة قهرية استمرت سنين عدة ، وعند دخوله المستشفى عبر المريض عن خوف من أن يكون قد قام - بإهمال غير متعمد - بتسميم عصير للأطفال في مكان عمله . وكان يدرك هذه الأفكار على أنها مريبة وغير معقولة معاً ، وقد حدث تدهور لحالته خلال مدة وجوده في المستشفى ، مع حدوث تغير واضح في نوعية الوسواس ، وعلى الرغم من أن محتوى الوسواس ظل دون تغير فإن الوسواس أصبحت ذات طبيعة ضلالية ، فأصبح يعتقد أن مختلف السلطات اتفقت بجرمه ، وأنه قد يعاقب على جرائم لم يرتكبها .

وهناك حالة جندي في الثانية والعشرين من عمره ، كان يعتقد أن الطقوس التي يقوم بها تمنع من حدوث الحرب ، وكان يشاهد في أثناء معركة جزر «فوكلاند» يقضى ساعات طوالاً في طقوس متصلة بالعد والمراجعة من أجل ألا تزداد حدة الصراع ، وكان يعتقد أن مخاوفه لها ما يُسوّغها ، وشعر بأن الآخرين مخطئون في عدم مشاركته . ولكنه مع ذلك لم يستطع أن يفسر كيف يمكن أن تؤثر هذه الأفعال في الأحداث العالمية . وتوضح هذه الحالة كيف يكون للوساوس خواص ضلالية .

وكشفت إحدى الدراسات عن معدل انتشار ١٥٪ للأعراض الوسواسية القهرية لدى مرضى الفصام ، وإذا أثبتت دراسات تالية هذا المعدل المرتفع فقد يشير ذلك إلى فئة فرعية في الفصام (Kindler, Kaplan, & Zohar, 1993) . من الواضح إذن أن العلاقة بين الوسواس القهري والفصام ليست علاقة بسيطة كما يتصور بعض الباحثين ، حيث تختلف النتائج اختلافاً كبيراً بتأثير من طرق اختيار العينات ونوعها ، وطرق التشخيص المستخدمة ، والمقاييس النفسية المطبقة . كما أن الفكرة الشائعة بأن المريض يصاب باضطراب نفسي واحد فقط تعد فكرة غير صحيحة ، فليس هناك ما يمنع من إصابة

المريض بأكثر من اضطراب أو مرض ، وينطبق ذلك على كل ما عرضنا له من اضطرابات مرتبطة بالوسواس القهري في هذا الفصل .

ملخص

ترتبط باضطراب الوسواس القهري اضطرابات نفسية كثيرة أخرى ، ومن هذه الاضطرابات القلق ، والأدلة كثيرة على أن القلق كامن وراء اضطراب الوسواس القهري ، فالوسواس مثير للقلق ، في حين أن السلوك القهري مخفض للقلق ولكنه لا يؤدي إلى الشعور بالسرور .

ويحمل الاكتئاب علاقة وثيقة باضطراب الوسواس القهري ، ويتفاعل الاضطرابان بطريقة معقدة ، فبعض الوسواسيين عندما يصبحون مكتئبين تتفاقم الأعراض الوسواسية لديهم ، في حين أن بعضهم الآخر يصبحون أقل وسواسية ، ومن الطريف أن اجتماع الاضطرابين يقلل كثيراً من احتمالات حدوث الانتحار . وتسبق الأعراض الوسواسية أعراض الاكتئاب غالباً .

ويشير اضطراب سوء شكل الجسم إلى اقتناع المرضى بوجود جوانب شذوذ في أجسامهم إلى الحد الذي يطلب كثير من المرضى بهذا الاضطراب إجراء جراحة التجميل لهم ، ويحدث هذا الاضطراب بتكرار أكبر لدى الإناث . ويشترك هذا الاضطراب مع اضطراب الوسواس القهري في جوانب متشابهة كثيرة أهمها : شكل الأعراض ، والأنماط المرضية المشتركة ، والتاريخ الأسري ، والاستجابة لبعض العقاقير .

وأما فقدان الشهية العصبي فهو أحد اضطرابات الأكل ، يضع فيه المريض لنفسه حدوداً غذائية وتقييداً لكمية الطعام التي يتناولها ، مع وجود أنماط شاذة في التعامل مع الطعام ، وفقد كبير للوزن ، وخوف شديد من البدانة ، واضطراب في صورة الجسم . وكشف كثير من الدراسات منذ وقت مبكر عن علاقة وثيقة بين اضطرابي فقدان الشهية

العصبي والوسواس القهري ، تشير إلى الطبيعة الوسواسية الكامنة في فقدان الشهية العصبي ، ومن مؤشراتهما : العد الوسواسي للسرعات الحرارية ، والانشغال بالجسم ، واجترار أفكار عن الطعام بشكل موصول .

كما يرتبط اضطراب الوسواس القهري بتوهم المرض الذي يتسم بوساوس الفرد بأنه مريض ، مع الحاجة إلى مراجعة الأطباء طلباً للتشخيص أو العلاج أو الطمأنينة . ويرتبط الوسواس القهري كذلك باضطراب نفث الشعر الذي يتلخص في عجز الفرد عن مقاومة دفعة تجعله يقتلع الشعر من منطقة أو أخرى من جسمه .

وأظهرت الدراسات كذلك وجود علاقة بين الوسواس القهري وكل من : اضطراب «توربيت» الذي يتضمن لزمات حركية وصوتية وإيماءات فجائية ومتكررة ، والسلوك الجنسي القهري الذي يتصل بالأفعال والأفكار الجنسية ، واضطرابات التعبير الجنسي المعتمد على إثارة غير مقبولة اجتماعياً ، وكذلك المقامرة المرضية والإدمان والاندفاعية .

* * *

الفصل الحادي عشر

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

تمهيد :

عرضنا عبر فصول هذا الكتاب لمختلف جوانب اضطراب الوسواس القهري ، وقدمنا في الفصل السابق الاضطرابات المرتبطة به أو المصاحبة له ، ونعرض في هذا الفصل فقط لاضطراب آخر هو اضطراب الشخصية الوسواسية - Obsessive compulsive personality disorder (OCPD) . ولهذا الاضطراب الأخير جوانب مشتركة وعناصر متداخلة مع اضطراب الوسواس القهري ، وتختلف آراء الباحثين حول علاقة هذين الاضطرابين كما سنرى في آخر هذا الفصل . ونعرض فيما يلي لأهم خصائص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية .

أهم خصائص الاضطراب

يشغل المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية انشغالا كبيرا بالكمال Perfection أو الخلو من العيوب أو الإتيان الذي يصل إلى حد الكمال ، ويجعلهم ذلك غير قادرين على تكملة الأمور والأشياء بنظام زمني محدد ، فتكون جهودهم قاصرة حتماً عن تحقيق توقعاتهم ، ويجبرون أنفسهم على إعادة ما يقومون به من أعمال . وقد يحدث لدى بعضهم اجترار لفكرة كيفية وضع أولوية للأمور المطلوب إنجازها بدلاً من البدء فعلاً في إنجاز أحدها ، كما أنهم يركزون على التفاصيل التي يرى الآخرون أنها تافهة وينطبق عليهم القول المأثور : «إنهم يخفقون غالباً في رؤية الغاية ويركزون على الأشجار» .

كما يتسمون بعدم المرونة أو التصلب مما يفسد علاقاتهم الاجتماعية ، ويصرون على فعل الأشياء بطريقتهم بدلاً من التسوية أو الحلول الوسطى . إن حماسهم للعمل تبعدهم عن المشاركة في النشاطات الاجتماعية والجوانب الخاصة بشغل وقت الفراغ والاستمتاع

بهما . ويميلون إلى البخل والشح في النواحي المالية ، ويجدون صعوبة في اتخاذ القرارات ، فيؤجلونها أو يتجنبونها بسبب الخوف من اتخاذ قرار خاطئ ، كما يميلون إلى التصلب والتشدد في المسائل الأخلاقية ، ويكون ذلك بسبب عدم مرونة شخصياتهم أكثر منه نتيجة لاقتناع عميق . وتغلب علاقاتهم بالآخرين إلى أن تكون رسمية شكلية بشكل متطرف ، ويجدون من الصعب عليهم أن يعبروا عن مشاعرهم ، كما أن من الصعب عليهم أيضاً أن يسترخوا ويستمتعوا بالنشاطات السارة . انظر إلى هذه الحالة .

حالة : «رغبة في الكمال» :

«مهندس» محلل نظم عمره ٣٤ عاماً ، لديه نزعة إلى الكمال ، منشغل جداً بالتفاصيل ، وسلوكه غير مرن ومتصلب ، تزوج «مهندس» من «عبير» وهي فنانة تشكيلية . وأصر على وضع جدول زمني للساعات الحرة لهما ساعة بساعة ، ويصبح مستشار الأعصاب عندما ينحرفان عن الجدول الذي وضعه (الأجنحة) . وعندما يضع سيارته في «الموقف» كان يدور فيه كثيراً وبشكل متكرر بحثاً عن المنطقة التي يختار فيها الموقف الملازم للسيارة بحيث لا تحك سيارته أو تفسدها سيارة أخرى . ورفض أن تطلق حوائط شقته لمدة تزيد على العام لأنه لم يستطع أن يحدد اللون . وقام بتنظيم كل الكتب الخاصة بهما في المكتبة أبجدياً ، وكان يصبر على أن كل كتاب يجب أن يوضع في مكانه المناسب .

ولم يكن لدى «مهندس» أي قدرة على الاسترخاء وحتى في الإجازات ، فكانت تضايقه أفكار عن العمل الذي تركه وراءه ، وتزعجه مخاوف أنه يمكن أن يفقد وظيفته . لقد كان غير قادر على أن يفهم كيف يستطيع الناس أن يتمددوا على الشاطئ ، ويتركوا كل ما يقلقهم يتبخر في هواء الصيف . إن شيئاً ما يمكن أن يحدث بشكل خاطئ عادة ، ومن ثم يقول : كيف يستطيع الناس أن يدعوا أنفسهم يذهبون لقضاء الإجازة (Nevid, Rathus, & Greene, 1997, p. 229) .

وتتضح في حالة «مهندس» سمة «الكمالية» . ومن ناحية أخرى توجد سمة الكمالية أو البحث عن الكمال لدى بعض السيدات في طريقتهن لتنظيف بيوتهن

أو عند إقامتهم حفلة لمجموعة من الأصدقاء من تلميع للفضيات وتنظيف للأرضيات والطفائيات والأثاث والملابس ، وأما ما يقدم للضيوف فإن النظافة والدقة والنظام تشيع في أبهى صورها وأجلى أشكالها ، مع توتر شديد وعصبية زائدة لدى ربة البيت إن حدث خطأ ما أو سكب على السجاد سائل معين (Crammer, 1976,p. 53) .

وقد وصف أحد المرضى نفسه بقوله : «إن حياته قطار يسير بكفاءة وسرعة ، ويجر أحمالاً ضخمة ، ولكنه يسير على قضبان خُططت له » . وهناك خصلة أخرى للشخصية القهرية هي التركيز الزائد على العمل والإنتاج ، وحتى «السرور» يصبح عملاً ، وذلك بأن يقوم مثل هؤلاء الأشخاص بوضع جدول دقيق لعطلة نهاية الأسبوع مثلاً ، ويتضمن هذا الجدول نشاطات معينة تحدث أقصى درجة من الاستمتاع ، فيضع خطة دقيقة لإمتاع نفسه ، ويصبح مضطرباً ومتضيقاً جداً إذا تدخل أي شيء مع هذا الجدول (Sarason & Sarason, 1987, p.256) .

على أن هناك جوانب إيجابية لدى أصحاب الشخصية الوسواسية القهرية ؛ إذ إن كثيراً من نظام المجتمع وتقدمه يرجع إلى عمل الشخصية الوسواسية (Ladau, 1984) . إنهم أشخاص نظاميون منهجيون يمارسون حياة منظمة بطريقة جيدة جداً ، إن الواحد منهم يحضر دائماً في الوقت المحدد ، كما أنه شديد التدقيق في ملبسه وأقواله ، ويعطى مزيداً من الاهتمام الشديد (الذي يغيظ) للتفاصيل ، ويكره القذارة بشدة ، وقد يكون لديه أسلوب عقلي مميز ، ولكنه يكشف عن جمود عقلي ، وهو حريص ومتأن وبطيء في الفكر والفعل ، ولديه معايير أخلاقية متشددة بالنسبة لنفسه وللآخرين . إنه منشغل بالقواعد ، والقوائم ، والنظام ، والتنظيم ، والجدول إلى درجة لا يرى فيها الغابة من خلال الأشجار .

ويتدخل توجه مثل هذا الشخص نحو الإتيقان والكمال في تكملته عملاً ما ، إنه يكرس كل وقته للعمل إلى درجة أنه ليس لديه وقت فراغ ، وله قليل من الأصدقاء ، وهو ليس شخصاً دافئاً وحيماً في علاقاته (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 314) .

ويضع هؤلاء الأفراد مستويات طموحة لأدائهم الشخصي مرتفعة جداً ، ولا يصلون إليها عادة ، ويفضلون النشاطات العقلية على المشاعر والخبرات الانفعالية ، ولديهم ملاحظة أو تسويف ، هم أخلاقيون ، ويميلون إلى عدم تحمل السلوك الانفعالي من الآخرين (Oltmanns & Emery, 1995,p. 314) .انظر إلى هذه الحالة :

حالة شخصية وسواسية قهرية :

يصل «عزمي» إلى مكتبه في الجامعة في الساعة الثامنة صباحاً تماماً كل يوم ، حيث هو متخرج من قسم علم النفس ، وفي طريقه إلى مكتبه كان يتوقف دائماً في الساعة ٧ ، ١١ لتناول القهوة ولشراء نسخة من صحيفته الصباحية ، ومن الساعة ٨ إلى ٩ ، ١٥ يتناول القهوة ويقرأ الصحيفة . وفي الساعة ٩ ، ١٥ كان ينظم الملفات التي تضم مئات من الأوراق المتصلة برسائله للدكتوراه التي فات موعد استحقاقها من سنوات عدة . وفي الساعة العاشرة صباحاً وحتى الغداء يأخذ ورقة من هذه الأوراق ، ويضع علامات لإبراز الفقرات المتصلة برسائله . وعند الظهر يأخذ حقيبة أوراقه ، ويتناول غداءه (ويتكون عادة من زبدة فول السوداني وساندوتش جبلي مع تفاحة) ، ويذهب إلى المقهى (الكافيتريا) لشراء زجاجة صودا ، ويأكل وحده . ومن الساعة ١ إلى ٥ بعد الظهر تكون لديه لقاءات ، وينظم مكتبه ، ويضع قوائم بالأشياء التي يجب عليه عملها ، ويدخل المراجع التي حصل عليها إلى برنامج قاعدة معلومات جديد في الحاسب الآلي الخاص به .

وفي المنزل يتناول العشاء مع زوجته ، ويعتذر منها ليعمل في رسائله ، ويعمل عادة حتى الساعة ١١ مساءً ، وكان يقضي وقتاً طويلاً في تجربة تنظيم جديد للحاسب الخاص به في منزله . ولم يكن «عزمي» قريباً من تكملة رسائله أكثر مما كان عليه منذ أربع سنوات ونصف سنة مضت . وتهدد زوجته بأنها ستتركه بسبب عدم مرونته وتصلبه بالنسبة لكل شيء في المنزل ، كما أنها لا تريد أن تظل في هذا السجن مع «عزمي» إلى الأبد .

وأخيراً طلب «عزمي» المساعدة من معالج نفسي بسبب ما يشعر به من قلق نتيجة علاقته المتدهورة مع زوجته ، وقد شخص على أن لديه اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (Barlow & Durand, 1995,p.459) .

المحككات التشخيصية

يبين جدول (٤٢) هذه المحككات اعتماداً على الدليل الرابع للاضطرابات النفسية .

جدول (٤٢) : المحككات التشخيصية لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

نمط شامل من الانشغال والاستغراق في الترتيب ، والنزعة إلى الكمال ، والاضبط أو التحكم العقلي وفي العلاقات الشخصية ، على حساب المرونة ، والانفتاح ، والكفاءة . ويبدأ من الرشد المبكر ، ويوجد في ظروف وسياقات مختلفة كما يتضح من أربعة (أو أكثر) من المحككات التالية :

(١) الانشغال بالتفاصيل والقواعد والقوائم والنظام والترتيب والتنظيم والجدول إلى الدرجة التي تُفقد فيها النقطة الأساسية في النشاط .

(٢) الكشف عن نزعة نحو الكمال بحيث تتدخل في تكملة العمل وتؤثر فيه (مثال ذلك العجز عن تكملة مشروع نتيجة عدم تحقق المعايير الصارمة والشديدة التي يضعها) .

(٣) الاستغراق الشديد والتكريس الزائد للعمل والإنتاج إلى حد استبعاد النشاطات الترويحية والصدقة (بحيث لا يكون ذلك لحاجة اقتصادية واضحة) .

(٤) الالتزام الصارم بما يمليه الضمير ، وكثرة الشكوك والحيرة والتردد ، وعدم المرونة بالنسبة للأمور الأخلاقية والفضائل والقيم (بحيث لا تشملها الجوانب الثقافية أو الدينية) .

(٥) العجز عن رمى (أو طرح ونبد) الأشياء عديمة القيمة أو البالية والرتة والتالفة ، حتى وإن لم تكن لها قيمة عاطفية .

(٦) معارضة المهام التفاوضية والحلول الوسطى ، ومقاومة العمل مع الآخرين ما لم يخضعوا ويذعنوا بشكل تام لطريقة الشخص في عمل الأشياء .

(٧) تبني طريقة بائسة لإتفاق المال تجاه نفسه والآخرين ، ويُنظر إلى المال على أنه شيء يجب أن ندخره لمواجهة الكوارث في المستقبل .

(٨) إظهار التصلب والعناد .

عن : (APA, 1994, p. 672f) .

الملاحح التشخيصية للاضطراب

الجانب الأساسي في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية هو الانشغال بالترتيب ، والتزعة إلى الكمال ، والسيطرة العقلية على العلاقات بين الأفراد والتحكم فيها ، بحيث يكون ذلك على حساب المرونة ، والافتتاح ، والكفاءة . ويبدأ هذا النمط في الرشد المبكر ، ويوجد في بيئات مختلفة .

ويحاول الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أن يحققوا شعوراً بالسيطرة أو التحكم ، عن طريق بذلهم جهداً كبيراً في الانتباه إلى القواعد ، والتفاصيل التافهة ، والإجراءات ، والقوائم ، والجدول ، والجوانب الشكلية إلى الحد الذي تفقد فيه نقطة النشاط الأساسية (المحك الأول في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع - انظر جدول ٤٢) .

إنهم حريصون بشكل مفرط وزائد ، ومعرضون للتكرار ، ويذل انتباه شاذ يفوق العادة نحو التفاصيل ، وتكرار المراجعة لاحتمال حدوث أخطاء ، ويتناسون حقيقة أن الناس الآخرين يصبحون متزعجين جداً ، وذلك للتأخيرات والعقبات غير المقبولة والنتيجة عن سلوكهم . ومثال ذلك عندما يفقد شخص من المصابين بهذا الاضطراب قائمة الأشياء التي يجب عليه أن يقوم بها ، فإنه سوف يقضي مقدارا مسرفا ومبالغاً فيه من الزمن للبحث عن هذه القائمة بدلا من قضاء لحظات قليلة في إعادة كتابة هذه القائمة من الذاكرة ، ويبدأ في إهمال هذه المهام .

ويتسم هؤلاء الأشخاص كذلك بأن الزمن لديهم مقسم وموزع بطريقة سيئة ، ويتركون أكثر الأعمال أهمية إلى اللحظة الأخيرة ، وتسبب النزعة نحو الكمال Perfectionism ووضع معايير ذات مستويات مرتفعة للداء ، في خلل في قيام هؤلاء الأشخاص بمهامهم ، وتسبب كذلك في ضيق وكرب شديدين بالنسبة لهم . وقد يصبحون منشغلين جداً في وضع كل تفصيل من تفاصيل مشروع معين بمستوى كامل تماماً إلى الدرجة التي لا يمكن فيها للمشروع أن ينتهي (المحك الثاني) ، ومثال ذلك أن

تأخر تكملة تقرير مكتوب نتيجة إعادة كتابته عدداً كبيراً من المرات ، استنفدت وقتاً طويلاً ، ومع ذلك يخرج التقرير كله بعيداً عن «الكمال» . ويفتقد مثل هؤلاء الأفراد إلى المواعيد النهائية Deadlines ، ومن الممكن أن تقع جوانب حياة هؤلاء الأفراد التي لاتعد مركز النشاط الحالي ، في فوضى شاملة .

ويكشف أصحاب اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية عن حب شديد وإخلاص متطرف للعمل والإنتاج ، إلى الدرجة التي يستبعدون فيها كلا من نشاطات وقت الفراغ والصداقة (الحك الثالث) . ولا يحدث هذا السلوك نتيجة لضرورة أو حاجة اقتصادية ، إنهم يشعرون كثيراً بأنه لا وقت لديهم يقضونه في أمسية لطيفة أو يأخذون يوماً في نهاية الأسبوع لا يعملون فيه ، يخرجون أو حتى يسترخون ويقومون بتأجيل النشاط السار كالإجازة ، حتى إنها يمكن ألا تحدث مطلقاً . وعندما يحدث أن يأخذوا وقتاً للقيام بنشاطات في وقت الفراغ أو يأخذوا إجازة ، فإنهم يصبسون غير مرتاحين ما لم يصطحبوا معهم شيئاً ما يعملون فيه حتى لا يضيعوا الوقت .

وقد يحدث في هذا الاضطراب تركيز كبير على الأعمال المنزلية الربية (الروتينية) مثل : التنظيف المتكرر المبالغ فيه . وإذا قضوا وقتاً مع أصدقاء فمن المحتمل أن يكون ذلك من خلال نوع ما من النشاط المنظم بطريقة شكلية كالرياضة البدنية مثلاً . ويتوجه مثل هؤلاء المضطربين نحو الهوايات والنشاطات الترويحية على أنها مهام خطيرة ، تتطلب التنظيم الدقيق والعمل الشاق لإنقائها . ويكون التركيز على الأداء الكامل . إن مثل هؤلاء الأفراد يحولون اللعب إلى مهمة منظمة ، مثال ذلك : تصويب الأمر بالنسبة للطفل الذي لم يضع الحلقات أو الدوائر على العمود في ترتيب صحيح ، أو أن يخبر الطفل الصغير أن يركب دراجته ثلاثية العجلات في خط مستقيم ، أو تحويل مباراة في الكرة إلى «درس» صعب .

ومن الممكن أن يتصف الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ببقطة الضمير ، والشك ، وعدم المرونة فيما يتعلق بمسائل الأخلاقيات والفضائل

والقيم (الحك الرابع) . وقد يجبرون أنفسهم والآخرين على اتباع المبادئ الخلقية بشكل متطرف ، ومعايير الأداء الصارمة جداً . وقد يتقنون أنفسهم أيضاً دون رحمة وبطريقة قاسية بالنسبة لأخطائهم . ويتصف المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية باحترامهم الشديد للسلطة والقوانين على شكل انصياع حرفي وطاعة تامة .

ولا يقدر الأفراد المصابون بهذا الاضطراب على رمى الأشياء البالية وعديمة القيمة و طرحها جانباً ، حتى إذا لم تكن لها قيمة عاطفية (الحكم الخامس) . وكثيراً ما يعترف هؤلاء الأفراد بأنهم يجمعون الأشياء القديمة ، ويرون أن رمى الأشياء و طرحها جانباً ضياع وتبذير لأنك لا يمكن أن تعلم متى ستحتاج إلى بعض هذه الأشياء ، وسوف ينزعجون إذا حاول شخص ما أن يتخلص من الأشياء التي يحتفظون بها ، ويمكن أن يشكو أقرانهم (الزوج أو الزوجة) أو زملائهم في الغرفة (كما في المدن الجامعة) من المساحة الكبيرة التي تشغلها الأشياء القديمة والمجلات والأدوات المكسورة وغير ذلك مما يحتفظون به .

ويعارض المرضى باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية القيام بمهام المندوب أو المفوض ، كما يعارضون العمل مع الآخرين (الحكم السادس) . ويصرون بعناد وبطريقة غير معقولة على أن كل شيء يجب أن يتم إنجازه بالطريقة التي يضعونها ، وأن الآخرين يجب أن يجاروا طريقتهم في عمل الأشياء ويتطابقوا معها ، ويعطون عادة تعليمات مفصلة جداً عن الكيفية التي يجب أن تتم بها الأعمال أو المهام ، مثال ذلك : إن هناك طريقة واحدة ، وطريقة واحدة فقط لاجتثاث العشب من الحديقة ، ولغسل الأطباق ، ولبناء حظيرة للكلب ، ويندهشون ويتضايقون إذا اقترح الآخرون بدائل مبتكرة . وفي أوقات أخرى قد يرفضون العروض المقدمة لمساعدتهم ؛ لأنهم يعتقدون أنه لا أحد غيرهم يمكن أن يقوم بالعمل على خير وجه ، كما لو كان لسان حالهم هذا البيت من الشعر :

ما حك جلدك مثل ظفرك فتولّ أنت جميع أمرك

وقد يكون أصحاب هذا الاضطراب بخلاء أشحة ، ويعيشون في مستوى من الحياة أقل بكثير مما يمكن أن يتحملوه ، ويعتقدون أن الإنفاق يجب أن يكون محكوماً بشدة

لنحتفظ بالمال لمواجهة الكوارث المستقبلية (الحك السابع) . ويتسم الأشخاص في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية بالتصلب والعناد (الحك الثامن) . ويهتمون جداً وينشغلون بأن تؤدي الأعمال وتتم الأمور بالطريقة الصحيحة الوحيدة التي يرونها ، بحيث يواجهون متاعب في الموافقة على أفكار أى شخص آخر .

ويخطط مثل هؤلاء الأشخاص مسبقاً بوضع تفاصيل دقيقة جداً ، كما أنهم غير مرحبين بوضع التغييرات التي يمكن أن تحدث في الاعتبار . إنهم مغلقون كلياً ومغضون تماماً بوجهة نظرهم الخاصة ، ولديهم صعوبة في الاعتراف بوجهات نظر الآخرين ، وكثيراً ما يصبح الأصدقاء والزلاء محبطين بهذا التصلب الدائم ، وحتى عندما يعرف المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أن مصلحتهم قد تكون في الحل الوسط ، فإنهم يرفضون بعناد أن يفعلوا ذلك ، ويدكرون أنها مسألة مبدأ (APA,1994,p. 669f) .

وبعد استعراض أهم الملامح التشخيصية للشخصية الوسواسية القهرية يتضح أن أعراض هذه الشخصية شائعة في حضارتنا ، وهي سلوكيات مرغوبة وتقدر حق قدرها في مجتمعنا عندما تكون في صورة أقل تطرفاً . مثال ذلك المثابرة أو المواظبة والانتباه للتفاصيل :إنهما صفتان مرغوبتان كثيراً ويقدرهما الناس حق قدرهما ؛ إذ إن لهما وظائف مهمة ، ولكن عندما يتسم بهما الشخص بدرجة متطرفة فإن المواظبة أو الاستمرار في عمل محدد واحد والعجز عن فهم الصورة الكبيرة يعدان غير مرغوبين (Freeman, et al.,1990 p.247) .

وبلخص جدول (٤٣) الخصائص الأساسية واللامح التشخيصية لمضطربي الشخصية الوسواسية القهرية اعتماداً على عدد من المراجع .

جدول (٤٣) : أهم خصال مضطربي الشخصية الوسواسية القهرية

سوء توزيع الزمن	الاشتغال بالكمال في كل شيء
وضع معايير مرتفعة للأداء	إدمان العمل
يقظة الضمير	التكرار والمراجعة
الطاعة العمياء للسلطة	اجترار الأفكار
الولع بجمع الأشياء	التركيز على التفاصيل التافهة
معارضة العمل مع الآخرين	التصلب وعدم المرونة
العناد	الابتعاد عن المشاركة الاجتماعية
المثابرة والجذل والتحمل	عدم الاستمتاع بوقت الفراغ
رفض الحلول الوسطى	البخل والشح في النواحي المالية
النظافة المفرطة	صعوبة اتخاذ القرارات
الحفاظة	التشدد في المسائل الأخلاقية
مقاومة التغيير	صعوبة التعبير عن المشاعر
صعوبة الإرضاء	صعوبة الاسترخاء (التوتر)
الحساسية الزائدة	التردد والشك
شعور مضخم بالمسؤولية	طموح مرتفع جداً لا يحققونه عادة
التمسك الشديد بالنظام	الماطلة والتسويف والتأجيل
حب الترتيب والدقة	تفضيل النشاطات العقلية على المشاعر

أسباب اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

الدلائل غير متوافرة فيما يختص بأسباب هذا الاضطراب ، ولكن هناك عدداً من العوامل الظاهرة المتعلقة بالملاحظة الإكلينيكية منها :

١- الخصال الوسواسية للقهرية مدعمة بشدة في حضارتنا ، فإن الآباء والمعلمين

يستجيبون بشكل إيجابي تماماً للوليد أو البنت المجتهد المطيع الذي يعمل بجد ، ويكرس الآباء والمعلمون جهداً كبيراً لغرس هذه الصفات .

٢- يورد الأفراد الوسواسيون القهريون عادة تاريخ نشأتهم في بيئة ناقدة ، يتطلب منهم الوالدان التفوق ، ويستجيبون للأخطاء بشكل سلبي ، ويركزون على النتائج أكثر من الجهد المبذول أو النوايا ، ولا يعطون اهتماماً مساوياً لإثابة الإنجازات .

هذان العاملان لهما دور أساسي في تطور الاضطراب (Freeman, et al., 1990, p. 256).

ولكن يبدو أن هناك دوراً مؤثراً للوراثة في هذا الاضطراب على الرغم من أن هذا الدور يبدو ضعيفاً . وبعض الأفراد مهوون لتفضيل التنظيم في حياتهم ، ولكن ذلك يتطلب دعماً من الوالدين لكل من المهارة والامتنال والخضوع ، فضلاً عن الدقة والإحكام والنظافة والترتيب (Barlow & Durand, 1995, p.550).

معدلات الانتشار

يبدو أن هذا الاضطراب يتم تشخيصه مرتين أكثر لدى الذكور بالنسبة إلى الإناث . وقد دلت الدراسات الحديثة التي استخدمت قياسات منتظمة على أن تقديرات انتشار اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية زهاء ١٪ في العينات المستمدة من المجتمع ، ويتراوح معدل الانتشار بين ٣٪ و ١٠٪ تقريباً من الأفراد الذين يتقدمون إلى عيادات الصحة النفسية (APA, 1994, p.671) ، في حين تورد «وايزمان» معدل انتشار قدره ٤٪ (Op. Cit. p. 519).

الجوانب المتعلقة بالثقافة

عند تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يجب على الإكلينيكي القائم بعملية التشخيص ألا يدرج تلك الأنواع من السلوك التي تعكس العادات والتقاليد وأساليب العلاقات بين الأفراد التي تميزها وتقرها الجماعة المرجعية لهذا

الفرد ، فبعض الشقافات تركز بشدة على العمل والإنتاج ، ومن ثم تكون أنواع السلوك الناتجة لدى أعضاء هذه المجتمعات غير مشيرة إلى اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (APA,1994,p.671) .

الملامح والاضطرابات المرتبطة

عندما لا تملأ القواعد والإجراءات المستقرة الإجابة الصحيحة يصبح اتخاذ القرار مستهلكا للوقت ، وكثيراً ما يكون عملية مؤلمة ، إن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لديهم مثل هذه الصعوبة في أن يقرروا أي عمل تكون له الأولوية ، أو ما الطريقة المثلى في القيام بأعمال معينة بحيث إنهم قد يبدأون في أي شيء . إنهم معرضون كي يصبحوا مضطربين أو غاضبين في المواقف التي لا يقدرّون فيها على تحقيق السيطرة على بيئتهم الفيزيائية (الطبيعية) أو بخصوص العلاقات مع الآخرين ، على الرغم من أنهم لا يعبرون عادة عن غضبهم بشكل مباشر ، مثال ذلك أن الشخص يغضب عندما تكون الخدمة في المطعم سيئة ، ولكن بدلاً من أن يقوم بالشكوى للإدارة فإن الفرد يجتر فكرة مفادها : ما مقدار «البقشيش» الذي سيعطيه . وفي مناسبات أخرى قد يعبر عن الغضب بسخط مسوغ من الناحية الأخلاقية بالنسبة لأمر يبدو بسيطاً .

وغالباً ما يتتبع مثل هؤلاء الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب إلى مكانتهم أو مركزهم النسبي في علاقات السيطرة والخضوع ، ويكشفون عن احترام وإذعان زائدين للسلطة التي يحترمونها ، ومقاومة ومعارضة شديديتين للسلطة التي لا يحترمونها .

ويعبر المصابون بهذا الاضطراب عادة عن عواطفهم بطريقة محكمة ومتكلفة ورسمية ، وقد يتضايقون جداً في حضرة الآخرين الذين يعدون معبرين من الناحية الانفعالية . وتتسم علاقاتهم اليومية بأنها ذات نوعية رسمية وشكلية جادة ، ويمكن أن يكونوا غلاظاً يتصفون بالقسوة في المواقف التي يمكن أن يكون فيها الآخرون ميسمين وسعداء (مثال ذلك : تحبة الحب في المطار) ، إنهم يكبحون أنفسهم بعناية حتى يكونوا متأكدين من أن أي شيء سيقولونه سيكون كاملاً . ويمكن أن ينشغل هؤلاء الأفراد

بالمناطق والعقل ، ولا يتسامحون بالنسبة للسلوك الانفعالي للآخرين . ولديهم صعوبة في التعبير عن المشاعر الرقيقة عادة ، ومن النادر أن يقدموا المديح والمجاملات للآخرين ، ويواجه هؤلاء المضطربين صعوبات وضغوطاً في مهنتهم ، وبخاصة عندما يواجهون مواقف جديدة تتطلب المرونة والحلول الوسطى .

وعلى الرغم من أن بعض الدراسات تفترض رابطة بين هذا الاضطراب واضطراب الوسواس القهري المدرج تحت طائفة اضطرابات القلق ، فيبدو أن الأكثرية العظمى من الحالات في اضطراب الوسواس القهري ليس لديهم نمط السلوك الذي يحقق محركات اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية . وكثير من ملامح اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية تتداخل مع الخصائص المميزة للشخصية من النمط «أ» Type A personality مثل العدوانية ، والتنافسية وضغط عامل الوقت وإلحاحه ، وهذه الملامح الأخيرة يمكن أن توجد لدى الأشخاص المعرضين للإصابة باحتشاء عضلة القلب Myocardial Infarction . وقد تكون هناك رابطة بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطرابات المزاج والقلق (APA, 1994, p. 870f) . ويؤدي بنا ذلك إلى بحث التشخيص الفارق لهذا الاضطراب .

التشخيص الفارق

على الرغم من التشابه في الأسماء بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية OCPD واضطراب الوسواس القهري OCD ، فإنه يمكن التفرقة بينهما بسهولة على أساس الوجود الحقيقي لكل من الوسواس والأفعال القهرية . إن الإكلينيكي يجب أن يفكر في تشخيص اضطراب الوسواس القهري يأخذه بعين الاعتبار بوجه خاص عندما يكون الخزن أو التخزين Hoarding متطرفاً ، مثال ذلك أن تتجمع كومات أو مقادير كبيرة من أشياء لا قيمة لها ، مع وجود خطر اشتعال حريق نتيجة لها ، وتجعل من الصعب على الآخرين أن يسيروا في المنزل .

وعندما تتحقق المحكات او المعايير الخاصة بكل الاضطرابين فيجب أن يسجل التشخيصان .

وقد تعد سمات الشخصية الوسواسية القهرية - في صورتها المعتدلة - تكييفية ومرغوبة بوجه خاص ، وبالأخص في المواقف التي يثاب فيها الأداء المرتفع ، ولكن عندما تكون هذه السمات غير مرنة ، وغير توافقية ، ومداومة ، وتسبب تأخيراً وظيفياً وإعاقة واضحة ، أو تسبب ضيقاً وكرها ذاتياً ، في هذه الحالات فقط فإنها تكون اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (APA, 1994, p. 671) .

العلاقة بين اضطرابي الوسواس القهري والشخصية الوسواسية

كانت طبيعة العلاقة بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري موضوعاً لكثير من الجدل . وقد أثبت عدد من الدراسات المبكرة الفرض القائل بأن اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية سابق على اضطراب الوسواس القهري ومنذره ، فيذكر «جينايك» أن دراستين قد برهنتا على أن نصف مرضى اضطراب الوسواس القهري كان لهم شخصية وسواسية قبل إصابتهم بالمرض ، وتسم هذه الشخصية بالترتيب والنظام والشك والاثكالية والتفكير غير الحاسم والأفعال المترددة وكراهية التغيير والاكثاب (Jenike, 1983) .

كما افترض «شايبرو» أنه عندما يقع صاحب الشخصية الوسواسية القهرية تحت الضغط فإنه يستجيب لذلك بتطوير اضطراب الوسواس القهري . وهذا فرض مهم لأنه إذا صدق فإنه يمكن أن يقدم لنا وسيلة للتنبؤ المسبق بمن يمكن أن يكون في خطر الوقوع في هذا الاضطراب . ول سوء الحظ فإن الدلائل على هذا الفرض غير مقننة .

إن الفرق الحاسم بين الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري يكمن في مدى «حب» الشخص بأن يحوز هذه الأعراض وتكون لديه ، فصاحب الشخصية الوسواسية القهرية ينظر إلى ما يقوم به من تدقيق وحب للتفاصيل بالفخر ويتوقير الذات وتقديرها ، على أن الأمر مختلف لدى الشخص المصاب باضطراب

الوسواس القهري ، فإن هذه الاختلال بغضبة ومقنونة ومثيرة للاشمئزاز ، وغير مرغوبة ، ومصدر عذاب وقلق ، إنها غريبة عن الذات ومغتربة عنها .

وعندما ننظر في الحقيقة إلى شخصية الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري نجد أن هناك دليلاً صغيراً وغير مقنع بأن لديهم أيضاً شخصية وسواسية قهرية . ومعظم مرضى الوسواس القهري ليس لديهم تاريخ سابق لشخصية وسواسية ، وقليل من الناس الذين لديهم شخصية وسواسية يطورون اضطراب الوسواس القهري .

وقد أجرى «ريكممان ، وهودجسون» في مستشفى «مودسلي» بلندن دراسة مهمة بوساطة قائمة مودسلي للوسواس القهري التي وضعها ، واستنتجوا من هذه الدراسة أن الشخصية الوسواسية القهرية ليست سابقة أو منزلة باضطراب الوسواس القهري ، وأن الأشخاص الذين يتصفون بالتدقيق الشديد وممارسون حياة منظمة جداً ليس لديهم احتمال كبير لتطوير اضطراب الوسواس القهري أكثر من أي فرد آخر (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 271) .

إن اضطراب الوسواس القهري ليس شكلاً عنيفاً من اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ، فإن الأكثرية العظمى من مرضى الوسواس القهري لم يكن لديهم أعراض وسواسية قبل إصابتهم بالمرض ، ومن ثم فإن مثل هذه السمات ليست ضرورية ولا كافية لتطوير اضطراب الوسواس القهري . وتوجد لدى نسبة من ١٥٪ إلى ٣٥٪ من المرضى تقريباً سمات وسواسية قبل إصابتهم بالمرض بالمقارنة إلى ٥٠٪ من المرضى الوسواسيين القهرين الذين لم تكن لديهم مثل هذه السمات (Kaplan & Sadock, 1991, p. 405) .

وأكدت الدراسات الأحداث استقلال الاضطرابين ، ومن الممكن أن تكون بعض الجوانب المنهجية مسؤولة عن هذه النتائج المتضاربة ، ومنها عوامل مثل : المصدر الذي يحيل المرضى ، والطريقة المستخدمة لقياس الشخصية ، والمحكات التشخيصية المستخدمة في كل دراسة ، فقد ظهر مثلاً أن استخدام محكات الدليل التشخيصي والإحصائي

الثالث المعدل يؤدي إلى معدلات انتشار أعلى بوضوح لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية تفوق نظيرتها عند استخدام محركات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث .

إن الأعراض التي يكشف عنها مريض اضطراب الوسواس القهري مختلفة وغير متجانسة تماماً ، فإن كلا من شكل الأعراض الوسواسية القهرية ومحتواها يمكن أن يختلف بطريقة «درامية» من مريض إلى آخر ، بالإضافة إلى اختلافها لدى المريض الواحد عبر الزمن . ومن ثم فقد يكون شكل معين من السلوك الوسواسي القهري أكثر ارتباطاً بالشخصية الوسواسية القهرية من أشكال أخرى لأعراض اضطراب الوسواس القهري .

وإذا صدق هذا الفرض فإن معدل الحدوث المرضي المشترك Comorbidity لاضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يمكن أن يختلف من دراسة إلى أخرى بوصفه دالة للتجمع الفريد لأعراض اضطراب الوسواس القهري داخل كل عينة من المرضى .

وقد فحص باحثون كثيرون الفروق بين مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يكشفون سلوك «الاغتسال» Washing وأولئك الذين يظهرون سلوك «المراجعة» Checking ، حيث إن هذين النوعين هما النمطان الفرعيان السائدان لدى الوسواسيين القهريين . ويغلب على المرضى الذين يكشفون عن سلوك قهري متصل بالاغتسال أن تكون بداية المرض عندهم حادة ، مع وجود عامل مسبب Precipitating واضح ، وبداية متأخرة عن متوسط السن الذي يبدأ فيه اضطراب الوسواس القهري عامة . ويميل المرضى الذين يظهرون سلوك الاغتسال أيضاً إلى أن يكونوا إنثاءً ، متزوجين ، يعملون في مهنة غير ماهرة . وعلى العكس من ذلك فإن المرضى الذين يكشفون عن سلوك «المراجعة» يميلون إلى أن يكونوا : غير متزوجين ، ذكوراً ، يبدأ المرض لديهم في سن مبكرة ، لا يرتبط المرض عندهم عادة بأي عامل مسبب ، كما يميل «المراجعون» أيضاً إلى أن يستخدموا في المهنة الفنية .

وظهر كذلك أن وسواس «المراجعة» تأخذ شكل الشكوك والإدانات (الاثهومات)

التي تعبّر عن اعتقاد راسخ لدى المريض ، في حين أن وساوس النمط الذي يركز على سلوك «الاغتسال» تظهر عادة على شكل مخاوف . ويتركز محتوى وساوس المراجعين على النشاطات اليومية ، وفي مقابل ذلك فإن موضوعات مثل القذارة ، والمرض ، والدين تشيع لدى أصحاب وساوس الاغتسال .

وتثير مخاوف أصحاب وساوس الاغتسال مشيرات خارجية ، في حين أن أصحاب وساوس المراجعة منشغلون أكثر بالضرر الذي يمكن أن يحدث في المستقبل . ويدرك المراجعون أمهاتهم (لآبائهم) على أنهم مدققات وسواسيات ، ويفرضن على الطفل مطالب كثيرة وواجبات .

وينظر بعض الباحثين إلى أصحاب السلوك القهري المتعلق بالمراجعة على أنه شكل من التجنب Avoidance النشاط الفاعل الذي يرتبط بالخوف من النقد ، ويتركز حول موضوعات متصلة بالمسؤولية ، وهو نمط موجه نحو المستقبل ، وله طبيعة وقائية ، وبه مكون أساسي متصل بالخوف يدور حول أفكار الكارثة (أي أن مصيبة على وشك الوقوع) .

وعلى النقيض من ذلك فقد وصف «ريكان» ، و«جسون» السلوك القهري المتعلق بالغسل على أنه شكل من أشكال التجنب السلبي ، المصمم لتخفيف القلق بإعادة تشكيل البيئة إلى حالة من الأمان .

وأجرت «ناتالي جيز» ، و«توماس أولتمانز» دراستهما على أساس فرض رابطة فارقة بين السلوك القهري المتصل بكل من المراجعة والاغتسال مع سمات الشخصية الوسواسية القهرية في عينة غير مرضية ، وحيث إن سلوك المراجعة وسمات الشخصية الوسواسية القهرية يشتركان معاً في التوجه نحو المستقبل وبنية الخوف ووظيفته ، فقد توقع الباحثان أن يرتبط سلوك المراجعة - بدرجة مرتفعة - بسمات اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية أكثر من سلوك الاغتسال ، وقد صدق الفرض .

ومما تشير إليه نتائج هذه الدراسة أن المراجعة القهرية واضطراب الشخصية

الوسواسية القهرية ليسا من الظواهر المستقلة ، فقد يكون الاضطرابان قد تطورا نتيجة لـ خبرة مبكرة مشتركة كالتعرض لأسلوب والدي زائد التحكم أو الضبط ، وهناك اتفاق بين الباحثين على أن وجود والد يقيد أفعال ابنه ، خشن ، وناقد يعد ممهداً لتطوير اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية . وهذا الوصف الأبوي شبيه بنمط المراجعة في اضطراب الوسواس القهري . ومن الممكن أن نفترض أنه في ظل الظروف غير المواتية فإن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يكونون معرضين لتطوير شكل من أشكال اضطراب الوسواس القهري (المراجعة) (Gibbs & Oltmanns, 1995) .

وخلص مسح للدراسات في هذا المجال إلى أن الشخصية الوسواسية القهرية يمكن تمييزها إحصائياً بوساطة التحليل العاملي عن الأعراض الوسواسية القهرية بوصفها ظاهرة محددة ، في أن الأعراض الوسواسية القهرية ترتبط ارتباطاً إيجابياً بمقاييس العصائية ، في حين لا ترتبط بها الشخصية الوسواسية القهرية . وقد استنتج «بولاك» أنه على الرغم من أن الدراسات أوردت أن الشخصية الوسواسية القهرية تحدث قبل المرض Premorbidly فإنها ليست شرطاً ضرورياً ولا كافياً لتطوير اضطراب الوسواس القهري (Bear & Jenike, 1991) .

ويمكن أن يستنتج من عدد غير قليل من الدراسات الحديثة أن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يحدث مع عدد من الاضطرابات المختلفة للشخصية ، وأن الشخصية الوسواسية القهرية ليست هي الخاصة قبل المرضية الأكثر شيوعاً .

إن مفهوم اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية OCDP مفهوم خلافى مشير للجدل ، وقد نقد كثيراً ، ولكن ذلك لا يمنع من فحص العلاقة بين السمات والأعراض . هذا بالإضافة إلى أن كثيراً من أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية قد تكون ناتجة عن المزاج ، مثال ذلك أن كثيراً من الناس الذين أصيبوا بالاكتئاب قرروا عدم الحسم ، كما أن الاكتئاب يصاحب اضطراب الوسواس القهري عادة (Rosen & Tallis, 1995) .

موجز القول إن هناك تفاعلاً معيناً وعلاقة ما بين المكونات السلوكية لاضطراب الوسواس القهري وسمات الشخصية الوسواسية القهرية ، مع خلاف كبير بين الباحثين في هذا الصدد .

ملاحظة مهمة :

عرض هذا الفصل فقط لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (OCPD) ، أما بقية فصول هذا الكتاب فإنها تقدم مختلف جوانب اضطراب الوسواس القهري (OCD) ، وهناك - كما بينا في ثانيا هذا الفصل - فروق أساسية بينهما .

ملخص

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية اضطراب آخر غير اضطراب الوسواس القهري ولكنه متداخل معه . ويتسم المرضى بالاضطراب الأول بالانشغال بالكمال أو الخلو من العيوب ، ويجعلهم ذلك عاجزين عن تكلمة المطلوب إنجازه بنظام زمني محدد ، مع تركيز شديد على التفاصيل ، واتصاف بالتصلب أو عدم المرونة ، مع ميل إلى البخل والشح في النواحي المالية ، وصعوبة اتخاذ القرارات .

ومن الجوانب الإيجابية لدى أصحاب الشخصية الوسواسية القهرية التركيز على العمل والإنتاج ، والدقة في المواعيد ، والحرص ، والنظامية أو المنهجية ، والمثابرة ، والتأني في الفعل والفكر ، ولديهم معايير أخلاقية متشددة لهم ولغيرهم ، مع يقظة الضمير .

وأهم الملامح التشخيصية الأساسية لهذا الاضطراب هي الانشغال بالترتيب ، والنزعة إلى الكمال ، والسيطرة العقلية على العلاقات بين الأفراد والتحكم فيها ، مع استبعاد أنشطة وقت الفراغ والصدقة . وقد خضعت طبيعة العلاقة بين اضطرابي الوسواس القهري والشخصية الوسواسية القهرية لكثير من الدراسات ، وافترض أن الأخير سابق على الأول ومنلر به ، ولكن دراسات أخرى لم تثبت هذه العلاقة ، وعدت

أن اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ليس شرطاً ضرورياً ولا كافياً لتطوير اضطراب الوسواس القهري . ومع ذلك فإن بعض التداخل والتفاعل بين المكونات السلوكية للاضطرابين أمر موجود .

* * *

الفصل الثاني عشر

الأسباب

تمهيد :

ما الذي يسبب اضطراب الوسواس القهري ؟ لقد قدمت خمس نظريات أساسية تفسر أسباب Aetiology هذا الاضطراب ، وهي : التحليلية النفسية ، والسلوكية ، المعرفية ، والسلوكية المعرفية ، والحيوية . ولكن البيانات المتصلة بأسباب هذا الاضطراب ضعيفة إلى حد كبير ، وفي حالات كثيرة لا يمكن التوصل إلى الوقت المحدد الذي بدأ فيه الاضطراب ، وفي الحالات ذات البداية الحادة لا يوجد غالباً حادث مرسب واضح ، على الرغم من أنه ورد في دراسات كثيرة أن الضغوط والمشقة من كل نوع - في فترة معينة من الوقت - تؤدي إلى بداية الاضطراب . وهذه الضغوط ذات نوع عام مثل : العمل الزائد ، وضغوط العمل ، والمشكلات الجنسية والزواجية ، ومرض شخص حميم أو وفاته (de Silva,1998) . ونعرض فيما يلي لهذه النظريات الخمس .

نظرية التحليل النفسي

يرى «فرويد» أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي ، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام (التواليت) . ويحدث الصراع - خلال التدريب على الحمام - بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعاً لإرادته ، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرح ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات .

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك ، وعندما يكون هذا

التدريب مبكراً جداً أو متأخراً جداً ، أو عندما يمر الطفل بخبرة هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن صراع «الوالد - الطفل» يقوى ، وينجم عن هذا الصراع تثبيت شرطي ، ويرتّب عليه بعد ذلك نمو الطبع الشرطي Anal character وتطوره لدى الطفل ، وما هذا الطبع سوى الوسواس القهري . وتبعاً لـ «فرويد» ، ينتج عن ضغوط الحياة عندما يكبر الطفل نكوص Regression إلى المرحلة الشرطية ، والتي هي أساس الوسواس القهري .

ويقوم عدد من الحيل الدفاعية Defense mechanisms - تبعاً لوجهة نظر التحليل النفسي - بدور في اضطراب الوسواس القهري . والحيل الثلاث المسيطرة هي : الإبطال Undoing ، والعزل الانفعالي Emotional isolation ، والتكوين العكسي Reaction formation . وربما كان الإبطال أكثرها ظهوراً ، ويمكن تمييزه مباشرة لدى الفرد الذي يشعر بأنه مجبر على الانشغال بفكرة أو عمل ، وذلك حتى يبطل أو يلغى حادثاً سلبياً .

والعزل الانفعالي هو الحيلة الدفاعية التي تكبت بها الأفكار والتخيلات الوجدانية في اللاشعور ، وعندما تكون هذه الدفاعات فعالة فإنها تصفي أو تنقي هذه النوبة أو الفورة قبل وصولها إلى الوعي . أما الحيلة الدفاعية الثالثة فهي التكوين العكسي ، وهو إطلاق السلوك مباشرة في مواجهة الدفقات اللاشعورية . ويُعتقد أن الدفقات العدوانية الكامنة وراء اضطراب الوسواس القهري يتم قمعها ، ولذلك يبدو المريض على أنه يراعى الآخرين ، ومتعاون ، وخلو من الغضب (McCarthy & Foa, 1990) .

كما يرى أصحاب النظريات التحليلية النفسية (الدينامية) أن اضطراب الوسواس القهري يمثل حرباً بين «الهو» Id و«الأنا» Ego ، وهذا الاضطراب - مثله في ذلك مثل اضطرابات القلق الأخرى - يتطور عندما يبدأ الأطفال في الخوف من دفعاتهم الغريزية «الهو» ، ويستخدمون حيل «الأنا» الدفاعية لتخفيف القلق الناتج . ويفترض أن التفاعل بين دفعات «الهو» والحيل الدفاعية «للأنا» يحدث على مستوى لا شعوري . ولكن «الأنا» يكون واعياً للدفقات «الهو» ، ويعرف أن هذه الدفقات يجب ألا يُسمح لها بالتعبير الحر ، ولكن جهود الأنا للدفاع ضد التعبير عن هذه الدفقات أو ضد القلق الناتج عن هذه

الدفعات جهود مستمرة ومختفية عادة .

والملاحح الواسمة لاضطراب الوسواس القهري هي أن المعركة بين دفعات «الهو» المثيرة للقلق والحيل الدفاعية المنخفضة للقلق تحدث بطريقة صريحة جداً . وتتخذ دفعات «الهو» عادة شكل الأفكار الوسواسية ، وتظهر دفاعات «الأنا» على شكل أفكار مضادة أو أفعال قهرية . وهذه الآلية جاهزة للعمل - مثلاً - عندما تلح على ذهن المرأة صور متخيلة لأعضاء الأسرة وقد أصيبوا إصابات مرعية ، وتضاد هذه الأفكار وتقابلها بمراجعة أساليب الأمان في المنزل بشكل متكرر (وهذه حالة واقعية) . أو عندما يقوم الرجل بمنع أفكاره الجنسية ، ويبعد نفسه عنها باستمراره في طقوس الاغتسال أو بتجنب المضمون الجنسي في محادثاته بشكل دقيق ووسواسي (حالة واقعية) .

ويعتقد «فرويد» أنه خلال المرحلة الشرجية من التطور (قربان عامين من العمر) يمر بعض الأطفال بخبرة الغيظ والعار التي تغذي المعركة وتذكي نار الصراع (بين الهو والأنا) ، وتجهز المسرح لعمل الوسواس القهري (Comer, 1992,p.211) .

ينظر أصحاب هذه النظرية إلى التفكير الوسواسي إذن على أنه «دفاع» ضد فكرة لا شعورية لا يرحب الفرد بها تماماً . وتتضمن هذه العملية الدفاعية إزاحة Displacement أو استبدالاً Substitution بصراع أصلي (جنسي عادة في طبيعته) فكرة أقل تهديداً ، ويكون السياق الذي يحدث كما يلي : تحدث فكرة لا شعورية خطيرة مثل «والدتي يمكن أن تموت من الحمى» في حالة المرأة التي سبق ذكرها وتعاني من وسواس اللون والحرارة (انظر ص ٢٠٦) ، وتهدد باقتحام شعور المريضة ، ويتسبب ذلك في إثارة القلق ، وللدفاع ضد هذا القلق يقوم الفرد - لا شعورياً - بإزاحة هذا القلق من الفكرة الأصلية المرعبة إلى بديل أقل إزعاجاً ، مثل الحرارة والألوان النارية في حالة السيدة التي عرضنا لها . ولهذا الدفاع منطق داخلي قوى ، والأفكار البديلة للفكرة الأصلية الكامنة ليست اعتباطية ، فإن الألوان النارية الساخنة ترمز إلى الحمى التي كان للأم المريضة أن تموت بسببها .

والحالة الأصلية لعصاب الوسواس عند فرويد هي «الرجل الفأر» Rat man ، والتي نشرها عام ١٩٠٩ ، وتبين منطق الدفاعات الوسواسية.

حالة «الرجل الفأر» :

اشتق اسم الرجل الفأر من الصور التخيلية الوسواسية للفئران التي كان هذا الرجل يعاني منها ، كما كانت تستحوذ عليه مجموعة أخرى من الأفكار الوسواسية وتعذبه ، وكانت ذات طبيعة عنيفة غالباً . وكان هذا الرجل الفأر قد فقد بضعة أسابيع من الدراسة بسبب ضيقه من غياب صديقته ، فقد تركته لترعى جلتها لأنها في مرضها الخطر . وعندما كان يحاول أن يستذكر دروسه كانت فكرة وسواسية تقتحم عقله : «إذا صدرت لك الأوامر بقطع حلقك أو حنجرتك بوساطة موسى الخلاقة - ماذا يحدث الآن؟» .

وفسر «فرويد» ذلك بأنه نتيجة غيظ Rage لا شعوري غير مقبول تماماً ، وكان يهدده بشدة وهو : «يجب أن أذهب وأقتل هذه العجوز لأنها سلبت مني حبي وسرقته» . وكان الرجل الفأر رجلاً أخلاقياً سامي المبادئ نبيل المشاعر ، وواجهته هذه الفكرة الرهيبة ، وطرقت أبواب الشعور لديه ، فاستبدل بها أمراً أكثر قبولاً : «اقتل نفسك» ، وهذا عقاب مناسب لوحشيته ورغباته القاتلة .

وتبين النظرية الدينامية النفسية من سيطور وسواساً استجابة لصراع داخلي كامن مثير للقلق ، والمضمون الذي سيتخذه الوسواس ليرمز إلى الصراع الداخلي . وتوضح الحالة التالية التي أوردتها «لوغلن» : «وسواس قتل الأطفال» لماذا يصبح فرد ما معرضاً لشكل معين من الوسواس ويطورها .

حالة «وسواس قتل الأطفال» :

«فريدة» أم في الثانية والثلاثين من عمرها ، لها طفلان ، لديها أفكار وسواسية تدور حول إيذاء طفليها وقتلهما ، وكذلك زوجها ، ولكن بشكل أقل تكراراً بكثير ، وكما كانت هذه الأفكار مهددة كانت كذلك مثيرة للذنب بقدر ما كان الفعل ذاته مريعاً .

وكشف العلاج عن دفعات أكثر تهديداً نابعة من طفولتها ، وحدث لها نقل إلى أطفالها . لقد كانت «فريدة» أكبر ثلاثة إخوة ، وعندما كانت صغيرة جداً عهد إليها بمسؤولية غير مناسبة وهي رعايتهم ، وشعرت «فريدة» بأنها حرمت من حب والديها ، وكانت متغاطة جداً من أختها وأخيها الأصغر منها ، وكانت تتسلى بخيالات تتصور فيها قتلها ، وكان يصاحب ذلك ذنب وقلق شديدين ، ونتيجة لذلك استبعدت «فريدة» هذه الخيالات تماماً من الشعور .

وعندما كبرت «فريدة» وأصبحت راشدة كان طفلها يمثلان أخويها بشكل رمزي ، تدميرهما يمكن أن يجعلها الموضوع الوحيد لحب والديها ، ويريحها من أعباء طفولتها . وكانت زيارات أمها لها تثير وساوسها ، وكانت مهية لذلك بوجه خاص ، حيث كان لديها غيظ غير محسوم ومثير للقلق ضد والديها وأخويها . وكان لوساوسها محتوى خاص بالموت ، إذ يرمز إلى موت أخويها ، والذي قد يكون حلاً لمشكلة طفولتها .

ومن ثم تنظر وجهة النظر الدينامية النفسية إلى الوسواس على أنها نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للاشمئزاز بشدة والصراعات التي كبتت وتهدد أن تقتحم الشعور ، بما يضع الفرد في خطر الوقوع فريسة الوسواس ، ويتقبل الدفاع بوساطة كل من الإزاحة والإبدال ، ويمد ذلك بألية مباشرة للراحة ، وفضلاً عن ذلك فإن المحتوى الخاص للوسواس التي يكتسبها هؤلاء الأفراد سوف يكون رمزا Symbol للصراع الداخلي الكامن (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 272f) .

موجز النظرية التحليلية النفسية إذن أن أصحابها ينظرون إلى الوسواس والقهر على أنهما متشابهان ويتجان عن قوى غريزية : جنسية أو عدوانية تقعان خارج سيطرة الشخص بسبب التدريب على الحمام «التواليت» بطريقة خشنة مؤلمة جداً ، ومن ثم يثبت الشخص على المرحلة الشرجية . وتمثل الأعراض الملاحظة نتيجة الصراع بين «الهو» والحيل الدفاعية ، وأحياناً يتغلب «الهو» ، وفي أحيان أخرى تتغلب الحيل الدفاعية ، مثال ذلك أن الأفكار الوسواسية المتعلقة بالقتل تقتحم عقل الشخص فتكون قوى «الأنا» هي

المسيطر ، ولكن الأكثر شيوعاً أن الأعراض المشاهدة تعكس العملية الناجحة جزئياً والمتعلقة بإحدى الحيل الدفاعية ، مثال ذلك أن الشخص الذي ثبت عند المرحلة الشرجية قد يقاوم - بتأثير من التكوين العكسي - إلحاح التلوث ، ويصبح مهنئاً نظيفاً مرتباً بطريقة قهرية (Davison & Neale, 1996, p. 152) .

تقديم المنحى التحليلي :

لا يتفق كل أصحاب النظريات الدينامية النفسية مع تفسير «فرويد» المتعلق بالتدريب على الحمام ، ولماذا يطور بعض الأطفال دفعات «الهو» العدوانية ؛ إذ يعتقد بعضهم أن الدفعات العدوانية تعكس - ببساطة - حاجة غير مشبعة للتعبير عن النفس ، في حين يرى آخرون أن الدفعات العدوانية محاولة من الطفل للتغلب على مشاعر الجرح وعدم الثقة . وعلى الرغم من ذلك يتفق معظم المنظرين الديناميين على أن مرضى الوسواس القهري قد طوروا دفعات عدوانية عميقة عندما كانوا أطفالاً ، وفي الوقت ذاته فقد طوروا حاجة مضادة لذلك مفادها التحكم في هذه الدفعات (Comer, 1992, p. 211) .

وعلى الرغم من أن نظرية التحليل النفسي تعد نظرية شائعة فإنها لم تقدم نفسها للاختبار الواقعي (الإمبيرقي) ، وتقدم الدراسات المتاحة عدداً قليلاً من الأدلة المقنعة التي تؤيد هذه النظرية (de Silva, 1988) . وإذا اتخذنا المعيار العملي لبيان نجاح نظرية ما فإن الدلائل تشير إلى إخفاق التحليل النفسي في علاج اضطراب الوسواس القهري (Stein & Hollander, 1992) .

النظريات السلوكية

يرى أصحاب هذا النموذج أن اضطراب الوسواس القهري يتطور على مرحلتين ، ففي البداية تكون أعراض هذا الاضطراب كالوساوس منبهات قلق حدث لها إشارات تقليدية (بافلوفي) . أما أعراض اضطراب الوسواس القهري التالية مثل تحييد الأفكار أو الطقوس القهرية فهي تتجنب التعرض للمنبهات أو نهيها وتقلل القلق أو القلق المتوقع .

والدليل غير قوى بالنسبة للمرحلة الأولى ؛ لأن الحوادث الصدمية نادراً ما تؤدي مباشرة إلى اضطراب الوسواس القهري ، ولكن الدليل متوافر بالنسبة للمرحلة الثانية . فقد أكدت التجارب مثلاً أن التلوث يؤدي إلى زيادة القلق لدى الوسواسيين المصابين بعرض الاغتراس ، وتؤدي النظافة إلى خفض القلق . وقد نبع من النموذج السلوكي طرق فنية محددة لعلاج الاضطراب مثل التعرض ومنع الاستجابة مما يتسبب في إنهاء الأعراض ، ومن ثم إنهاء معاناة المريض (Stein & Hollander, 1992) .

وتعتمد أكثرية النظريات السلوكية على نظرية العاملين التي وضعها «مورار» Mowrer عام ١٩٣٩ في الخوف والسلوك التجنبي : اكتسابهما والاحتفاظ بهما . وهناك قبول عام لهذه النظرية في تفسير اضطرابات الخوف والوسواس القهرية . وتلا ذلك مزيد من التطوير والإثبات لهذه النظرية من قبل كل من «دولارد» ، و«ميلر» عام ١٩٥٠ ، ومرة ثانية بواسطة «مورار» عام ١٩٦٠ .

وتسلم هذه النظرية - بادئ ذي بدء - بأن حادثاً محايداً يصبح مرتبطاً بالخوف ، وذلك بأن يقترن بمنبه يعد - بطبيعته - مثيراً للضيق أو القلق . وعن طريق عملية ارتباطية (إشراط تقليدي) تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق . وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تتطور استجابات الهرب أو التجنب Avoidance لتقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة ، وتستمر هذه الاستجابات بسبب نجاحها في تخفيض القلق . ونتيجة للتعميم الشامل فإن كثيراً من المواقف المثيرة للخوف لدى الوسواسيين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر . ويعد السلوك التجنبي السلبي - وكذلك السلوك الذي يستخدمه مريض الخوف الشاذ - غير فعال في السيطرة على القلق ، فتطور عندئذ أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صورة طقوس معينة .

على أن وجود مرحلة اكتساب الخوف في هذا النموذج تعد غير مناسبة ، وقد نقدها كل من «ريكمان» ، و«يلسون» ، فإن معظم المرضى لا يمكنهم استرجاع الحوادث الشرطية

المرتبطة ببداية العرض ، فإن البداية Onset تلي عادة الحوادث الضاغطة للحياة ، والتي افترض «واتس» أنها تساعد على أن تجعل الفرد حساساً لمنبهات فيها ميل فطري لإثارة الخوف . وافترض «تيسدال» أن استجابات القلق التي يتم تعلمها في أثناء الخبرات المبكرة يمكن أن تتزايد نتيجة للضغط . وأثبت «ريمان» - في المجال نفسه وبالنسبة للوسواسيين القهرين - أن حالة التنبيه Arousal المرتفع يمكن أن تؤدي إلى زيادة في حساسية الأفكار ذات الأهمية الخاصة بالنسبة للفرد . وترتبط بهذه الأفكار النظرية التي وضعها «أيزنك» ، ومفادها أن التعرض القصير لحوادث تسبب لدى الفرد انزعاجاً فوق عتبة تحمله ينتج عنه زيادة حساسيته ، ومن الممكن عندئذ أن يتم اكتساب الخوف . وتبعاً لذلك فإن الأفراد القابلين للتنبيه من الناحية الفيزيولوجية (وظائف أعضاء جسمهم) بدرجة مرتفعة قابلون أو مهينون لتطوير اضطرابات القلق . وفي الحقيقة فإن هناك دلائل تشير إلى أن الوسواسيين القهرين أكثر استجابة Reactive - من الناحية الفيزيولوجية - لتوقع التهديد بالمقارنة إلى الأسوياء .

ولكن هذه البيانات قد استخرجت بعد بداية العرض ، وقد تكون القابلية للتنبيه Arousability نتيجة أكثر منها سبباً لاضطراب الوسواس القهري . وعلى الرغم من ذلك فمن المعقول أن نفترض أن التنبيه الفيزيولوجي المرتفع الذي يرتبط بضغوط Stressor عام وعلامات الخوف يمكن أن يحدث مثل هذه الأعراض .

وفي حين أن العوامل المرتبطة باكتساب اضطراب الوسواس القهري مازالت في أساسها غير واضحة ، فإن هناك دليلاً على أن الوسواس تثير القلق والضيق ، وأن الأفعال القهرية تقللها . وقد ظهر أن الأفكار الاجترارية تزيد معدل النبض واستجابة توصيل الجلد أكثر من الأفكار المحايدة ، كما أن الاتصال بالموضوعات الملوثة تنتج عنه زيادة في كل من معدل النبض والقلق الذاتي (كما يشعر به المريض) ، فضلاً عن مستوى توصيل الجلد .

وقد كشفت سلسلة من التجارب على فئتين فرعيتين من مرضى الوسواس القهري وهما مكثرو الاغتسال والمراجعون بإسراف أن قلقهم يتناقص تالياً

لقيامهم بطقوسهم القهرية ، بعد حدوث دفعة لديهم تعرضهم على القيام بهذه الطقوس (McCarthy & Foa, 1990) .

الوسواس القهري بوصفه سلوكاً متعلماً :

النظرية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري تعد هذا الاضطراب سلوكاً متعلماً Learned تم دعمه (أي تقويته وتعزيزه) عن طريق النتائج التي يؤدي إليها ، وإحدى هذه النتائج هو خفض القلق أو الخوف ، فغسل اليدين بصورة قهرية - على سبيل المثال - ينظر إليه على أنه «استجابة هرب إجرائية أو عملية» تخفف من الانشغال الوسواسي بالتلوث بالعدوى أو الميكروبات ، وبالطريقة ذاتها فإن المراجعة القهرية يمكن أن تخفف القلق من كارثة ما ، يتوقع المريض حدوثها إذا لم يتم بطقوس المراجعة .

والقلق كما يقاس بكل من استخبارات التقدير الذاتي وبلاستجابات الفيزيولوجية يمكن أن ينخفض في الحقيقة عن طريق مثل هذا السلوك القهري ، على أن الدراسات بينت أيضاً أنه ليس كل الأفعال القهرية تخفف القلق إلى الدرجة نفسها . وقرر «ريكمان» ، وهودجسون» أن المرضى بقهر النظافة يستطيعون خفض قلقهم بدرجة أكبر غالباً من مرضى قهر المراجعة . وفضلاً عن ذلك فإن خفض القلق لا يمكن أن يتضمن الوسواس ويشملها ، فإن وسواس مرضى الوسواس القهري عادة تجعلهم قلقين كثيراً ، ويشبه ذلك ما تفعله الأفكار المقتحمة الناتجة عن المنبهات المضايقة لدى الأسوياء ، ومثالها كذلك الفيلم السينمائي المروع .

كيف يمكن إذن تفسير الأفكار الوسواسية ؟ لقد بين «ريكمان» ، ودي سيلفا» أن معظم الناس يخبرون أحياناً أفكاراً غير مرغوبة تشبه الوسواس في محتواها ، إلا أن هذه الأفكار لدى الأفراد الأسوياء يمكن تحملها أو طردها ، ولكن الأمر مختلف لدى الأفراد الوسواسيين ، فإن الأفكار يمكن أن تكون بارزة وتثير همماً وقلقاً كبيرين ، فيبدأ الشخص الوسواسي عندئذ في محاولة قمع هذه الأفكار المزعجة بقوة ، مع عواقب غير مواتية غالباً .

وفي تجربة أجراها «ووجنار» وزملاؤه على طلاب في الجامعة ، هدفت إلى تعرف ماذا يحدث عندما يُطلب من الشخص قمع فكرة ما ، فطلب من مجموعتين من الطلاب ما أن يفكروا في دب أبيض وإما ألا يفكروا فيه . فكر أفراد إحدى المجموعتين في الدب الأبيض ، عندئذ أُخبروا بالأفكار فيه ، في حين قامت المجموعة الثانية بالعكس . وقيست الأفكار بأن طلب من الطلاب أن ينطقوا بأفكارهم ، أي : يعبرون عنها صوتياً ، كما قيسَت بأن طلب منهم أن يقوموا بقرع جرس في كل مرة يفكرون فيها في الدب الأبيض .

واستخرجت من هذه التجربة نتيجتان بالاهتمام وهما :

أولاً - كانت محاولات كف الأفكار غير ناجحة تماماً .

ثانياً - أن الطلاب الذين قاموا أولاً بكف أفكار الدب الأبيض كانت لديهم أفكار تالية أكثر عن الدب ، بمجرد أن انتهت حالة الكف .

إن محاولة كف فكرة ما يمكن أن يكون لها مع ذلك تأثير عكسي ، مفاده حدوث انشغال بهذه الفكرة ، وفضلاً عن ذلك فإن محاولات قمع الأفكار غير السارة ترتبط - بشكل نموذجي - بحالات انفعالية عميقة ، تنجم عنها رابطة قوية بين الفكرة التي تم قمعها والانفعال . وقد يؤدي الانفعال القوي - بعد محاولات عدة للقمع - إلى عودة هذه الفكرة ، يصاحبها زيادة في المزاج السلبي ، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى زيادة في القلق (Davison & Neale, 1996, p. 153) .

تمثل الوسواس - تبعاً لنظرية التعلم - إذن منبهاً شرطياً للقلق ، حيث أصبح منبه محايد نسبياً مرتبطاً بالخوف أو القلق خلال عملية إشراف استجابية ، بأن يقترن بحدوث قلقه بطبيعتها أو مسببة للقلق ، ومن ثم تصبح الموضوعات والأفكار التي كانت محايدة منبهات شرطية قادرة على إثارة القلق أو عدم الراحة . ويتكون القهر بطريقة مختلفة ، فإن الفرد يكتشف أن فعلاً معيناً يقلل من القلق المرتبط بالأفكار الوسواسية ؛ ولذا تتطور خطط التجنب الفاعلة على شكل قهر أو سلوك طقوسي للسيطرة على القلق . وبالتدريج

ونتيجة لفاعليتها في تقليل حافز ثانوي مؤلم (القلق) فإن خطط التجنب تصبح ثابتة بوصفها أنماطاً متعلمة للسلوك القهري (Kaplan & Sadock, 1991, p. 405).

مفهوم تعلم التجنب :

يتضمن الوسواس القهري مفهوم تعلم التجنب Avoidance Learning ، لأن مريض الوسواس القهري - تبعاً لوجهة النظر هذه - يقوم بسلوك المراجعة معتقداً أن الانشغال بالسلوك القهري الخاص بمراجعة موقد الطهي مئات المرات كل يوم يمكن أن يمنع كارثة من أن تحدث للأسرة . وفي هذه الحالة فإن حدوث القهر واستمراره يمكن أن يفسر بواسطة تعلم التجنب ، انظر إلى هذه الحالة وهي عن «ريكمان ، وهودجسون» .

حالة «مخاوف التلوث والعلوى» :

«غادة» أم عمرها ٣٨ عاماً ، لها طفل واحد ، استحوذت عليها مخاوف من التلوث طوال فترة الرشد من حياتها ، تراودها - مئات المرات كل يوم - أفكار بأنها قد أصيبت بعدوى من الجراثيم ، ويمجد أن تبدأ «غادة» في أن تفكر أنها أو طفلها قد يصابا بالعدوى فإنها لا تستطيع أن تطرد هذه الفكرة من عقلها . ويتبع عن هذا الانشغال الدائم بالعدوى سلسلة من طقوس الاغتسال والتنظيف تستغرق معظم يومها . وقد حددت «غادة» لطفلها حجرة واحدة فقط حصرت فيها ، وهي الحجرة التي اجتهدت هذه المرأة في أن تحتفظ بها متحررة تماماً من الجراثيم ، وذلك بعد حكها وغسلها من الأرض حتى السقف مرات عدة كل يوم ، وفضلاً عن ذلك فإنها تفتح كل الأبواب وتغلقها بقدمها حتى تتجنب تلوث يديها (Rosenhan & Seligman, 1995, p.128, p.266) .

أثر الخبرات المبكرة :

افترض بعض الباحثين السلوكيين أن المرضى باضطراب الوسواس القهري كانت لهم خبرات مبكرة في حياتهم قامت بتعليمهم أن «بعض الأفكار خطيرة وغير مقبولة» . وقد تعلموا ذلك من خلال العملية نفسها الموجودة في المخاوف المرضية التي أُنعت

الشخص الذي يخاف الثعابين خوفاً مرضياً شديداً ، بأن الثعابين خطيرة ، وأنها يمكن أن توجد في كل مكان وحتى في المدينة .

ويقوم مرضى الوسواس القهري بعملية مساواة بين الأفكار وأفعال أو نشاطات معينة تمثلها الأفكار ، وهي خاصية لدى بعض الأفراد الذين توجد عندهم اعتقادات دينية متطرفة ، وكان أحد المرضى في عيادة «بارلو ، ودوراند» يعتقد أن وجود فكرة عند الإنسان عن الإجهاض هو المكافئ الأخلاقي لحدوث الإجهاض ، بمعنى أن وجود الفكرة أو الدفعة فقط يعد خطيئة كالإتيان بالفعل نفسه .

إن الاعتقاد بأن بعض الأفكار غير مقبولة ، ومن ثم يجب أن تقمع ، يمكن أن يجعل الشخص في خطورة كبيرة للوقوع فريسة اضطراب الوسواس القهري . وقد لقيت هذه الفكرة بعض التأييد من الدراسات الحديثة في الآونة الأخيرة (Barlow & Durand, 1995, p. 198) .

مفهوم خفض القلق :

يركز السلوكيون على القهر أكثر من الوسواس ، فافترضوا أن هذا السلوك المتكرر يتطور من خلال عملية إشراف إجرائي ، وتبعاً لهذه النظرية فإن الناس يعثرون في البداية على الأفعال القهرية بالمصادفة ويشكل عشوائي تماماً ، ففي الموقف المثير للقلق يحدث أو يصادف أنهم يفسلون أيديهم ، أو يلبسون بطريقة معينة ، أو يقومون بأفعال محددة بترتيب خاص ، وعندما يزداد الخطر أو التهديد فإنهم يربطون تحسن الموقف بمثل هذه النشاطات التي تصادف حدوثها في الوقت نفسه . وقد يعتقدون أن أفعالهم تلك تجلب لهم الحظ السعيد أو تغير من الموقف فعلاً ، ثم يقومون بالأفعال ذاتها مرة ثانية في المرة التالية عندما يجدون أنفسهم في عسر أو شدة ، فكثير من طلاب الجامعة مثلاً يسيطرون أشكالاً بسيطة من السلوك القهري خلال فترات الامتحان العصيبة كالامتحان النهائي .

ويزيد تكرار علاقات من هذا النوع من احتمال أن هؤلاء الناس سوف يربطون بين أفعال معينة وخفض القلق ، ويستمترون في القيام بهذه الأفعال لخفض القلق . وقد تصبح

هذه الأفعال في الحقيقة طريقتهم الأساسية في تجنب القلق أو خفضه .

واشتقت وجهة النظر السلوكية هذه للسلوك القهري من تجارب «سكينر» Skinner المبكرة على سلوك الخرافة Superstition لدى الحمام ، فقد قدم الطعام للحمامة في فترات زمنية منتظمة بصرف النظر عما تقوم به . وعلى الرغم من أن الإطعام كان يعتمد على الزمن وحده فإن كل حمامة تصرف في ما بعد كما لو كان سلوكها ضرورياً للحصول على الطعام ، وكررت كل حمامة فعلاً ما صادف أن قامت به مباشرة قبل الإطعام لأول مرة ، فظلت حمامة تطير في عكس اتجاه عقارب الساعة ، في حين كانت أخرى تواصل الجري إلى ركن من القفص (Comer, 1992, p.212f) .

وعلى المستوى الأكاديمي فكثير من طقوس الوسواسيين تدعّم عن طريق المصادفة عندما ينتج عنها ويترتب عليها نتائج إيجابية عند القيام بسلوك معين . فقد يصبر الطالب على أن يؤدي كل امتحاناته بقلم واحد معين فقط يرتبط في ذهنه بنجاح سابق ، كما يقرر الرياضيون أنهم يستمرون في لبس الزي القذر نفسه ما دام نجاحهم مستمراً . وعلى الرغم من أنه لا علاقة واقعية بين هذه السلوكيات ونتائجها المرغوبة أو المرفوضة فإن الوسواسي يمكن أن يتصرف كما لو كانت مثل هذه العلاقات موجودة (Sue, et al., 1990, p.165) .

وتتفق تجارب «ستانلى ريكمان» وزملائه مع التفسير الإجرائي للسلوك القهري ، ففي إحدى التجارب على اثني عشر مريضاً لديهم طقوس الاغتسال القهري لليدين ، وضعوا بحيث يكونون متصلين بأشياء يعدونها ملوثة . وكما تنبأ السلوكيون ، فإن القيام بطقوس غسل اليدين لدى هؤلاء الأشخاص خفضت من قلقهم . كما ظهر من دراسة أخرى على أشخاص لديهم طقوس قهرية للمراجعة أن مستوى القلق عندهم انخفض بوضوح بعد إكمالهم طقوسهم الخاصة بالمراجعة (Comer, 1992, p. 212f) .

لقد اعتمدت معظم المحاولات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري على ضوء نظرية التعلم - حتى السبعينيات - على مفهوم خفض القلق Anxiety - reduction ولكن معظم المنظرين يبنون أن نظرية خفض القلق لا يمكن أن تفسر بكفاءة كل جوانب هذا

الشكل المعقد من السلوك الشاذ ، كما أن بعض أشكال السلوك الوسواسي القهري ترفع القلق بدلاً من خفضه ، وقد وصف كل من «ولكر» و«بيتش» حالة مريضة تحسّن طقوس الاغتسال من مزاجها ، في حين أن طقوس تنشيط الشعر تعكّر مزاجها .

وفي تجربة على مرضى وسواسيين قهريين قام بها «هودجسون ، وريكمان» (Hodgson & Rachman, 1972) اتضح أن :

١ - لمس شيء ملوث يؤدي إلى زيادة في الشعور بالقلق وعدم الراحة ، وإلى زيادة في تغير معدل النبض .

٢ - كما اتضح أن تكلمة طقوس الاغتسال بعد حدوث التلوث ، تؤدي إلى خفض الشعور بالقلق وعدم الراحة ، وتخفض من تغير معدل النبض .

وتؤكد هذه النتائج أن نموذج خفض القلق يُعدّ مناسباً لتفسير الأفعال الوسواسية القهرية التي تتخذ شكل طقوس معينة ، وترتبط بالخوف من التلوث ، ولكنها تعدّ أقلّ ملاءمة لتفسير الشك الوسواسي والمراجعة القهرية .

بيانات من تعلم التجنب لدى الحيوانات :

قام بعض الكتاب بفحص الدراسات المتصلة بتعلم الحيوان على أنه مصدر محتمل لفهم اضطراب الوسواس القهري ، وفي مقال مهم جداً افترض «تيسدال» Teasdale أن السلوك القهري يمكن النظر إليه على أنه سلوك تجنبني يقع تحت ضبط ضعيف للمنبه . وينظر إليه بوصفه مذكراً Reminiscent للتكرار المرتفع للاستجابات غير الضرورية الذي أظهرته الحيوانات عند استخدام غودج التجنب من وضع «سيدمان» Sidman ، حيث يتم تلقي الصدمة دون إشارة تصاحبها . ويمكن النظر إلى الطقوس القهرية أيضاً على أنها طقوس لا تملك تغذية راجعة Feedback جيدة أو خواص ذات إشارة آمنة ، ومن ثم يتوافر لها معدل مرتفع وغير مناسب للحدوث . مثال ذلك أن المريض لن يعلم بسهولة إذا ما كانت الإجراءات التي يحاول أن يغسلها قد أزيلت بشكل فعال لأنه لا توجد إشارة أمان Safety signal أو تغذية راجعة حتى تشير إلى حدوث ذلك ، وينطبق الأمر نفسه على كثير من طقوس المراجعة التي تهدف إلى منع مصيبة في المستقبل .

وهناك جانب آخر في الدراسات الخاصة بالتجنب ، والذي يقتبس على أنه متصل بالموضوع وهو المتعلق بنتائج «فونبيرج» Fonberg ، حيث قامت هذه الباحثة بادئ ذي بدء بتدريب كلاب على القيام باستجابة ما (مثل رفع الساق) لتتجنب منبهاً مضيقاً ، ثم تعرضت الكلاب عندئذ لإجراء شرطي ثان هدف إلى إحداث عصاب تجريبي ، وذلك بجعل التمييز المكتسب يزداد صعوبة . وكلما أصبح سلوك الكلاب أكثر عصابية لوحظ أنها بدأت في الكشف عن استجابة التجنب المتعلمة سابقاً (رفع الساق) بتكرار مرتفع ، على الرغم من عدم تقديم مزيد من المنبهات التمييزية لهذه الاستجابة الخاصة . ويبدو أن ما حدث كالآتي : استجابة تم تعلمها لتجنب تنبيه مضيق ظهرت من جديد في مواقف مختلفة عندما استحدثت القلق بطرق مختلفة . وعلاقة ذلك بالموضوع الحالي أنه يمكن أن يمدنا بنظير لدى واسع من المواقف التي يقوم فيها المريض بالسلوك القهري .

وقد اقتبست أمثلة أخرى من دراسات التعلم لدى الحيوان على أساس احتمال أنها تلقي الضوء على اضطراب الوسواس القهري بما في ذلك دراسة «سولومون» Solomon وزملائه على تجنب الصدمة عند الكلاب ، ودراسة «ماير» Maier على الثيتيت لدى الفئران .

ففي تجارب «سولومون» وزملائه أصبحت الاستجابة التجنبية التي تم تعلمها بشكل جيد ذات طبيعة نمطية ، فداومت هذه الاستجابات النمطية عبر مئات من المحاولات على الرغم من غياب مزيد من التعرض للمنبه المضيق . وفي تجربة «ماير» طورت الحيوانات تثبيبات قوية جداً بعد أن تكرر إجبارها على القفز من منصة لأشلى للقفز في موقف مشكل لا حل له . وذكر «ماير» أن السلوك هنا كشف عن طبيعة قهرية واضحة بحيث كانت الفئران تستمر في عمل استجابة التثبيت حتى بعد أن أصبحت المشكلة قابلة للحل . وكان الأمر الشائق أكثر هو وجود العلامات السلوكية الدالة على أن «الفئران» قد تعلمت الاستجابة الصحيحة ، حيث كان الفأر الذي يوجد لديه تثبيت على الوضع الأيمن يمكن أن يوجه نفسه إلى اليسار (والذي كان هو الجانب الصحيح عندئذ) ، وعلى الرغم من ذلك كان يقفز إلى اليسار .

ومن ثم فهناك كثير من المكتشفات النابعة من تعلم التجنب لدى الحيوان ، والذي عد على أنه من المحتمل أن يكون متعلقاً بفهم اضطراب الوسواس القهري . ولكن لا تمدنا هذه الدراسات بتشابه كامل أو حتى قريب بشدة من النموذج الإنساني ، ومع ذلك فإن هذه الدراسات تلقى بعض الضوء على الطرق المحتملة التي يمكن أن يكتسب على أساسها السلوك الوسواسي القهري . لماذا تحدث في مواقف مختلفة ؟ لماذا يبدو بعضها غير مرتبط بالموقف الذي يظهر فيه ؟ لماذا تداوم بقوة ؟ (de Silva, 1998) .

تقويم المنحى السلوكي :

توافر الأدلة المدعمة لهذا المنحى من النتائج العلاجية المتكررة لمرضى الوسواس القهري باستخدام نموذج التعرض ومنع الاستجابة (انظر الفصل الثالث عشر) ، والتي تتناسب بوجه عام مع نموذج خفض القلق .

وعلى الرغم من ذلك فإن هناك عدداً من المشكلات التي لم تحسم بعد ، ومنها رفع الطقوس القهرية للقلق في بعض الحالات بدلاً من خفضه ، وكذلك أسباب الاضطراب : لماذا توجد أنواع معينة فقط من المنبهات تميل إلى أن تؤدي إلى سلوك الوسواس القهري ؟ ولماذا لا يوجد لدى كثير من المرضى خيرة صدمية (إشراط) تعد نقطة بدء لسلوكهم المشكل ؟ هذا فضلاً عن النقد الموجه إلى نظرية «مورار» للعاملين .

لقد افترض «دولارد ، وميللر» عام ١٩٥٠ أن أنماطاً سلوكية معينة أدت في وقت سابق إلى خفض القلق مثل غسل اليدين أو المراجعة ، تصبح مبالغاً فيها ، وتأخذ شكل القهر ، مثال ذلك أن الاغتسال في الطفولة يرتبط ارتباطاً كبيراً بتجنب نقد الوالدين أو الهرب منه . ومع ذلك كيف تتحول بعض أنماط السلوك إلى قهر في مرحلة الرشد ، ولماذا يحدث هذا التحول ؟ أو لماذا يتعرض بعض الأفراد دون غيرهم لهذا الاضطراب ؟ - هذا ما لم يُجب عنه ولم يُعسر بعد . كما أن نموذج التعلم لم يقدم مساعدة كبيرة إلى فهم الوسواس التي لا يصاحبها سلوك قهري . وأخيراً فإن الطبيعة المثقنة والمتكررة وحتى الغريبة Bizarre للسلوك القهري والذي ينظر إليه جيداً على أنه تجنب نشط وفعال ،

والذي لا يشبه التجنب السلبي الموجود في المخاوف الشاذة يحتاج إلى تفسير بشكل أكثر تفصيلاً مما يمكن أن تسمح به نظرية الإشرط (de Silva, 1988) ، وهى النظرية التي يعتمد عليها المنحى السلوكي .

النظريات المعرفية

العلم المعرفي والاضطرابات النفسية :

لا حاجة إلى تأكيد أهمية العلم المعرفي في علم النفس الآن الذي يعيش ثورة معرفية (انظر : سولسو : ١٩٩٦) . وقد حرر «ستايين ، ويونج» كتاباً مهماً تحت عنوان : «العلم المعرفي والاضطرابات الإكلينيكية» كتب فيه «ستايين ، وهولاندر» (Stein & Hollander, 1992) مقالاً موسوماً بـ : «العلم المعرفي واضطراب الوسواس القهري» ، ويذكر أن نموذج العلم المعرفي Cognitive science يتضمن المكتشفات المهمة في المناحي الحيوية ، والسلوكية ، والتحليلية . ومن المفاهيم المهمة المستخدمة كثيراً في العلم المعرفي مفاهيم الأهداف العقلية Mental goals والتغذية الراجعة Feedback مع استخدام مفاهيم السبرنطيقا Cybernetics في نموذج العقل ، وتؤكد السبرنطيقا الحاجة إلى علم يكرس لموضوعات التحكم Control والاتصال Communication سواء أكان ذلك في الآلات أم العقول ، كما اتسع إطار السبرنطيقا أيضاً ليشمل الظواهر العقلية المختلفة ، وركز كثير من الباحثين على التوازي الواضح بين العقول والآلات .

يفترض أن بعض مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة للهدف مزقة disrupted ، بحيث ينتج عنها مداومة على سياق وأفعال معينة ، ويفترض «جراى» Gray أن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاة / عدم المضاهاة match - mismatch ، كما يرى «بيتيمان» Pitman أن هؤلاء المرضى عندهم زيادة في إشارات الخطأ Error signals (يولدها الجهاز اللمبي) ، التي لا يمكن خفضها من خلال المخارج Outputs السلوكية وتولدها عقد عصبية قاعدية Basal ganglia . كما يرى

«جرأى» إن لهرمون السيروتونين Serotonin دوراً كبيراً في ذلك ، فالحقن به يكف السلوك الحركي ، علماً بأن إفرازه لدى مرضى الوسواس القهري ناقص ، ويرتبط نقصه بزيادة الاندفاعية .

المنحى المعرفي والوسواس القهري :

افتترض «كار» Carr أن مرضى الوسواس القهري عندما يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية ، فإنهم يزدون من تقدير احتمال حدوث العواقب المفسرة ، ويكلمات أخرى فإن مريض الوسواس القهري لديه وجهة نظر في الحياة مفادها : «أنه إذا أمكن لأي شيء أن يؤدي إلى خطأ فإن هذا الخطأ سوف يحدث حتماً» . ويرى «كار» أن هذه الواجهة المعرفية Cognitive set تختم تجنب مصادر التهديد ، ومن ثم تزيد من احتمال حدوث السلوك الوسواسي القهري (Davison & Neale, 1996,p.153) .

موجز القول إن وجود توقعات مرتفعة جداً لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة ، يجعلهم يزدون من احتمال حدوث النتائج السلبية لمختلف الأفعال . ويشير إلى أن محتوى الوسواس يتضمن - بشكل نموذجي نمطي - مبالغات للشؤون العادية لدى معظم الأفراد : الصحة ، والموت ، وسعادة الآخرين ، والجنس ، والأمور الدينية ، والأداء في العمل . . . ، وما شابهها .

وأكدت دراسات أخرى الاعتقادات المخطئة لدى الوسواسيين القهريين ، ويتضمن ذلك الفكرة القائلة بأن الفرد يجب أن يكون ذا كفاءة في كل الجوانب حتى يكون جديراً بالاهتمام ، ويصبح صاحب مكانة عالية ، والاعتقاد بأن الإخفاق في أي يحيى الإنسان على مستوى المثاليات الكاملة يجب أن يُعاقب ، فضلاً عن الاعتقاد بأن طقوساً سحرية معينة يمكن أن تمنع الكوارث .

وتؤدي مثل هذه المعتقدات الخاطئة - كما يرى المعرفيون - إلى إدراكات للمخطر مخطئة ، وتثير هذه الإدراكات - بدورها - القلق . وتمثل عملية الوظيفة الخاطئة في اتجاه

الوسواسى القهري وميله إلى تخفيض قيمة إمكاناته في التعامل بكفاءة مع مثل هذه الأخطار . وتنخفض المشاعر الناجمة عن الشك والضيق والعجز عن طريق الطقوس السحرية التي يقوم بها مريض الوسواس ، ويرأها على أنها الطريقة الوحيدة المتاحة لمواجهة الخطر الذي يدرکه ، حيث يفتقر إلى وسائل أكثر ملاءمة للتوافق والمواجهة .

وتؤكد المكتشفات التجريبية إلى حد ما التأكيدات السابق عرضها ، فقد لوحظ أن الوسواسيين يصنفون الحوادث بشكل منفصل منفرد ، دون أن يكونوا قادرين على وصل المفاهيم وربطها بطريقة تكاملية ، ومن ثم يولدون «جزراً من الحقائق» التي لا ريب فيها ، وسط التشوش والفوضى ، في محاولة للسيطرة على الأحداث والتنبؤ بها .

وقد استنتج «ريد» Reed أن التفكير الوسواسي القهري يتسم بنقص التضمن Underinclusion أو زيادة في تبسيط المفاهيم ، ويرجع كل من الشك وعدم الحسم لدى الوسواسيين القهريين إلى عدم ثقتهم في استنتاجاتهم الخاصة . ولوحظت ملاحظة متسقة مع هذه النتيجة ، مفادها أن القائمين بطقوسهم يستخدمون مفاهيم خاصة ونوعية جداً في أنماط تفكيرهم بالنسبة لكل من المنبهات الوسواسية أو المحايدة . وأجريت دراسة على طلاب جامعة لهم درجات مرتفعة على المقياس الفرعي : المراجعة القهرية من مقياس «مودسلى» للوسواس القهري ، وكشفت عن نتائج مماثلة مفادها أن هؤلاء الطلاب كان لهم استرجاع ضعيف للأحداث السابقة ، وصعوبة أكبر في التمييز بين الحوادث الحقيقية والمتخيلة ، بالمقارنة إلى الطلاب ذوي الدرجات المنخفضة على هذا المقياس الفرعي . وتشير هذه النتائج إلى أن عجز الذاكرة لدى المراجعين بالنسبة للأفعال التي قاموا بها يمكن أن يدفعهم إلى سلوك المراجعة التكرار . كما لوحظ أن الوسواسيين القهريين - أكثر من غيرهم من المرضى في المجال الطبي النفسي - لديهم حاجة شديدة إلى تكرار المعلومات قبل اتخاذ أي قرار .

ويمكن أن نستنتج من هذه الدراسات أن الوسواسيين القهريين أكثر تصلباً وجموداً وطلباً للكمال وشكاً ، ويحتاجون إلى مقدار كبير من المعلومات ليتخذوا قرأراً ، بسبب عدم ثقتهم في اختياراتهم (McCarthy & Foa, 1990) .

كما ظهر أن مرضى الوسواس القهري يكشفون عن نقص في الكف المعرفي Cognitive inhibition ، مما يجعلهم غير قادرين على القمع الفعال للأفكار التي تقتحم عقولهم ، وتؤدي هذه النتائج وغيرها إلى افتراض أن مرضى الوسواس القهري يعانون من مستوى منخفض من الكف المعرفي (Enright & Beech, 1993) .

وتعد مثل هذه الدراسات ذات أهمية ومغزى في أنها تفسر - على الأقل - نوعاً واحداً من القهر بوصفه مشكلة في نوع معين من الذاكرة ، وتختبر هذا الفرض بواسطة إجراءات أتت من الدراسات التجريبية الأساسية في مجال المعرفة Cognition . وقد استخدم هذا النوع من التجريب منذ سنين عدة في دراسات الفصام (Davison & Neale 1996,p. 153) .

اضطرابات التفكير :

بحثت اضطرابات التفكير في الوسواس القهري ، وتحدث هذه الاضطرابات فقط - تبعاً لأصحاب النظرية المعرفية - في أماكن معينة أو في علاقتها بمشكلات محددة هي المصدر الأساسي للقلق . وتتضمن هذه الأنواع من الأفكار التقدير غير الواقعي للمواقف ، والمبالغة المستمرة في الجوانب الخطرة لها ، مثال ذلك المبالغة في درجة الخطر وكذلك في احتمال حدوثه . ومن ثم فإن سلسلة الأفكار لدى الشخص وكذلك التهيج أو الاستعداد العقلي لديه ، يمكن النظر إليهما على أنهما عوامل مهينة تتفاعل مع خصائص الموقف . ومن هنا فإن الحوادث المرسبة (الموقف) تثير أو تضخم الاتجاه الكامن أو الخوف لدى الشخص ، وتؤدي إلى زيادة في التيقظ . وكلما قوى هذا الاتجاه ، فإن الأفكار المتصلة بالخطر يصبح من السهل تنشيطها وإثارتها عن طريق مواقف أقل تحديداً وأقل في إمكان تجنبها (إذا بحثت عنها فسوف تكون متأكدا أنك ستجدها) . ونتيجة لذلك فإن الشخص الذي يتسم بالقلق (متضمناً الوسواس والقهر) يواصل فحص المنبهات الداخلية والخارجية لبحث عن إشارات خطرة .

ويمكن أن نرى مثلاً لهذا النوع من الاضطراب لدى الشخص الوسواسي الذي يمر

بخبرة قلق عميق عندما يتعين عليه أن يعبر الطريق ، وربما لا يقدر فعلا على محاولة العبور . ومعظم الناس يمكن أن يستخدموا سياق الأفكار اللفظي :

تسلسل الأفكار السوية :

- ١- الشوارع آمنة كي يعبرها الإنسان عندما يضاء اللون الأخضر ، أو عندما لا تمر بها سيارات .
 - ٢- هذا الشارع يضيئه اللون الأخضر أو لا تمر به سيارات الآن .
 - ٣- ولذلك يمكن عبور هذا الشارع .
- ومن ناحية أخرى فإن تفكير الشخص الوسواسي يمكن أن يتخذ شكلاً آخر .

تسلسل الأفكار الوسواسية :

- ١- الشوارع آمنة كي يعبرها الإنسان عندما يضاء اللون الأخضر ، أو عندما لا تمر بها سيارات .
- ٢- هذا الشارع يضيئه اللون الأخضر ، أو لا تمر به سيارات الآن ، ولكن إذا تغير الضوء فجأة أو ظهرت سيارة بشكل غير متوقع . . .
- ٣- ولذلك فإن هذا الشارع غير آمن بالنسبة لي حتى أعبره (Sarason & Sarason, 1987, p.164) .

أثر المسؤولية المتضخمة :

في مقال مهم كتبه «ريمان» تحت عنوان : «الوساوس والمسؤولية والذنب» درس علاقة المتغيرات الثلاثة ، ويذكر أن «سالكوفسكس» Salkovskis قد بين أهمية الدور الذي تقوم به مشاعر المسؤولية Responsibility بوصفها عنصراً في النشاط الوسواسي . وقد اكتشف «ريمان» وهودجسون» فروقاً في السلوك القهري بين نوعين : هما القائمون بالاغتسال Cleaners والمراجعون Checkers ، فقد قرر القائمون بالمراجعة ضيقاً أقل بدرجة دالة إحصائياً بعد الإثارة التجريبية المتعمدة ، في حين قرر مرضى قهر الاغتسال مزيداً من القلق والضيق عندما أثيروا ، أكثر من مرضى المراجعة . وقد حدث الفرق بين المجموعتين بعد الإثارة مباشرة ولكن ليس في أثناء القيام بالطقوس .

وقد اتضح أن وجود شخص آخر ، وبخاصة شخص في مركز المسؤولية كالمجرب أو المعالج يكف حدوث الضيق . وفي هذه التجارب كان المجرب موجوداً دائماً ، أو يسهل الوصول إليه في أثناء التجربة ، ويبدو أن المفحوص يفكر كما يلي : من غير المحتمل أن يسمح المجرب بترك صنادير الغاز (أو غيرها) مفتوحة ، وحتى لو فعل ذلك فإن المسؤولية عن حدوث الضرر نتيجة هذا الإهمال سوف تقع على عاتق المجرب وليس المبحوث . فإذا جرد الشخص الوسواسي من المسؤولية عن الأفعال كلياً أو جزئياً فإنه سوف يشعر بضيق قليل . كما ذكر «ريكمان» أن لدى المرضى الوسواسيين صعوبة في التعبير عن الغضب (Rachman, 1983) .

التفسير الكارثي للأفكار الوسواسية :

قدم «ريكمان» (Rachman, 1998) - في وقت أحدث - نظرية معرفية للوسواس ، وافترض أن الوسواس يسببها سوء تفسير كارثي Catastrophic لمدلول الأفكار أو الصور العقلية أو الدفعات التي تقتحم عقل المريض ، وأن الوسواس تداوم ما دامت هذه التفسيرات المخطئة مستمرة ، كما أن الوسواس تتناقص عندما تضعف هذه التفسيرات المخطئة .

إننا نعرف أن تكرار الأفكار التي تقتحم العقل يتزايد عندما يتعرض الشخص لموضوع أو خبرة ضاغطة ، وكلما زاد الضغط الناتج عن هذا الموضوع تزايد عدد الأفكار التي تقتحم عقل الشخص ، وتزايد الضيق الذي تثيره . كما نعرف أن زيادة عدد المنبهات التي تهدد الشخص تليه أيضاً زيادة في عدد الأفكار التي تقتحم عقله .

وبين «ريكمان» أن الشخص يقوم بتفسيرات مخطئة كارثية لمدلول الأفكار غير المرغوبة التي تقتحم عقله ، وسوف يزيد ذلك من مدى الخطورة الممكنة للمنبهات المهددة له ، ويتحول مدى واسع من المنبهات من محايدة إلى مهددة . والمنبهات التي كانت غير مهمة في السابق تصبح مهمة جداً .

تقويم المنحى المعرفي :

إن فرض النقص المعرفي Cognitive defect أو الأسلوب Style المعرفي المميز لدى مرضى الوسواس القهري يحتاج إلى أدلة أقوى مما هو متاح حالياً بوصفه تفسيراً للاضطراب (de Silve & Rachman, 1998, p.69) ، ومع ذلك فإن المكتشفات المعرفية يمكن أن تعد فروضاً مشمرة يجب مواصلة بحثها .

المنحى السلوكي المعرفي

عرضنا لكل من المنحى السلوكي والتوجه المعرفي كل على حدة ، وقد حاول بعض المؤلفين الجمع بين الجانبين وصولاً إلى فهم أفضل لاضطراب الوسواس القهري ، فقد وضع «ريكمان ، وهودجسون» أكثر النظريات شمولاً للوسواس من وجهة النظر المعرفية السلوكية ، وتبدأ هذه النظرية بافتراض مفاده أننا جميعاً نخبر أي تمر بخبرة الأفكار الوسواسية بين الحين والآخر ، تذكر قول الأطفال : «إذا خطوت فوق الشق فسوف تكسر ظهر أمك» Step on a crack and you will break your mother's back ، والتي يتبعها تجنب شقوق الطوار (الرصيف) وهو أحد الطقوس الوسواسية القهرية الشائعة في الطفولة . ولكن معظمنا يشب عن الطوق ويكبر على طقوس شقوق الرصيف هذه ، ونصبح قادرين بسهولة على أن نصرف انتباهنا عن التعود على مثل هذه الأقوال . كما نتمكن أيضاً من طرد الأفكار البغيضة أو المثيرة للاشمئزاز التي تدور أحياناً في رؤوسنا ، ولكن الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري يختلفون عن بقية الناس في عجزهم عن التعود على طرد الأفكار البغيضة وصرف انتباههم بعيداً عنها .

وكلما كان محتوى الوسواس ومضمونه مشيراً للقلق ومسبباً للضيق كان من الصعب على أي شخص - سواء أكان وسواسياً أم غير وسواسي - أن يطرد الفكرة أو يصرف انتباهه عنها . فعندما يعرض على مجموعة من الأشخاص الأسوياء فيلم قصير بسبب ضغط نفسي ، فسوف يحدث لدى معظمهم أفكاراً مقتحمة ومتكررة ، مثال ذلك أن عرض فيلم يمثل حادثاً رهيباً في ورشة لقطع الأخشاب يحدث القلق والأفكار المتكررة

عن الحادث ، وكلما كان الفرد أكثر اضطراباً انفعالياً نتيجة لهذا الفيلم زادت الأفكار المفتحة المتكررة ، وذلك كما بينت دراسات «هوروفتز» . وبالإضافة إلى ذلك فإن الأشخاص القلقين يجدون الكلمات المسببة للتهديد أكثر اقتراباً لعقولهم بالنسبة للعينة المضابطة من الأسوياء . ويؤكد ذلك افتراضين لوجهة النظر المعرفية السلوكية للوسواس وهما :

- ١- أن لدينا جميعاً أفكاراً متكررة غير مرغوبة .
- ٢- كلما كنا في حال من الضغط شديد تصبح هذه الأفكار أكثر تكراراً وعنفاً .

والعلاقة وثيقة بين الاكتئاب والوسواس ، فإذا كان الفرد مكتئباً مسبقاً فإن الأفكار الوسواسية ستكون أكثر إثارة للاضطراب ، ومن ثم يصعب طردها من العقل . وحيث إن المكتئب يكشف عن مزيد من العجز Helplessness فإن ذلك يعنى أنه أقل قدرة على بدء استجابات إرادية تريحه من الضيق . إن عملية قيام الفرد بصرف انتباهه عن موضوع ما هي استجابة معرفية إرادية ، ومثلها في ذلك مثل الاستجابات المعرفية الأخرى فإنها سوف تضعف نتيجة للاكتئاب ، ومن ثم فإن الخلفية أو البطانة الاكتئابية تربة خصبة لاضطراب الوسواس القهري .

تلك إذن سلسلة الأحداث التي تسم الوسواسي القهري من غير الوسواسي تبعاً لوجهة النظر المعرفية السلوكية ، فبالنسبة لغير الوسواسي تبدأ حادثة ما ، سواء أكانت داخلية أم خارجية ، وتؤدي إلى صورة تخيلية أو فكرة تسبب الاضطراب ، وقد يجد الشخص غير الوسواسي أن هذه الفكرة غير مقبولة ولكنها لن تجعله قلقاً نتيجة لها . فإذا لم يكن في حالة اكتئاب فإنه سوف يطرد هذه الفكرة بسهولة ، أو يصرف انتباهه عنها .

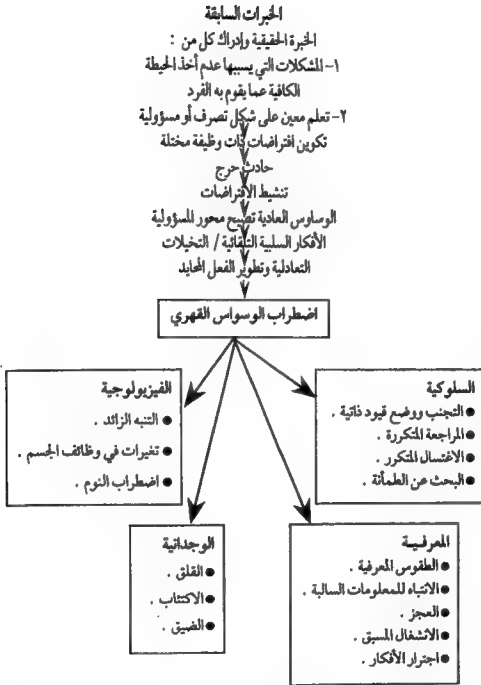
وعلى العكس من ذلك فإن الوسواسي القهري سيصبح قلقاً نتيجة لهذه الفكرة ، وسوف يقلل كل من القلق والاكتئاب من قدرته على طردها . وتدمم الفكرة بعد ذلك ، ويؤدي عجز الوسواسي القهري عن طرد هذه الفكرة والتخلص منها إلى مزيد من القلق والعجز والاكتئاب ، مما يزيد من تعرضه للفكرة الدخيلة المفتحة وقابليته لها .

وتحاول وجهة النظر السلوكية المعرفية أيضاً أن تفسر الطقوس القهرية ، إذ يتم تعزيز الطقوس نتيجة للراحة الوقتية من القلق التي تسببها ، وحيث إن الوسواسي القهري لا يستطيع أن يزيل الأفكار عن طريق صرف انتباهه عنها وطردها (التي يستخدمها معظم الناس بشكل تلقائي) ، فإنه يلجأ إلى طرق أخرى ، فيحاول أن يجعل الأفكار السيئة محايدة ، ويكون ذلك غالباً بأن يستبدل بها أفكاراً جيدة ، فإن مريضة الوسواس القهري الخاص بالألوان النارية كانت تحايد اللون البرتقالي بالنظر إلى قطعة من السجاد الأخضر ، إنها تحاول أن تحايد أو تعادل الأفكار السيئة بفعل يؤكد سلامتها (انظر ص ٢٠٦) . وفي محاولة المليونير الراحل «هوارد هيوز» تهدئة خوفه من الجراثيم بدله أن خدمه يجب ألا يسعلوا في الفاكهة التي يأكلها . كما أن الأفراد الذين يخافون خوفاً وسواسياً من أن أبوابهم ليست مغلقة يراجعونها عشرات المرات كل ليلة . وهذه الطقوس القهرية تنتج راحة وقتية ، ولكنها تنتج أيضاً ميلاً أقوى للمراجعة والاعتسال ، والبحث عن إعادة الطمأنينة ، ذلك أنه يتبعها خفض للقلق ، ومن ثم فإن هذه الطقوس القهرية تقوى . ولكن الطقوس القهرية يمكن أن تكون فقط تجميلية ، فإن الراحة التي تحدثها مؤقتة فقط وغير دائمة . وتظل الوسواس سليمة لا تمس ، وتعود بتكرار أكبر وشدة أعظم ، وكل مرة تحدث فيها الفكرة ، فيجب أن ينفذ الفرد الطقوس حتى تحدث الراحة ، وأي راحة .

وتكمن قوة المنحى المعرفي السلوكي في أنه يمدنا بإجابة مهمة عن السؤال : لماذا تستمر الوسواس والقهر ما دامت قد بدأت ؟ (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 274f) .
ويبين شكل (٩) نموذجاً معرفياً لتطور الاضطراب .

النظريات البيولوجية

تعتمد النظريات الحيوية (البيولوجية) التي تهدف إلى تفسير حدوث اضطراب الوسواس القهري على خطين من الدراسات هما : الدراسات الوراثية ، وفحص المخ والجهاز العصبي . ونعرض فيما يلي للدراسات الوراثية .



شكل (٩) : النموذج المعرفي السلوكي لتطور اضطراب الوسواس القهري . عن : (Salkovskis, 1989,p.54) .

أولاً- الدراسات الوراثية :

استخدمت طريقة مقارنة التوائم الصنوية التي ولدت من بويضة واحدة وانقسمت ، وافترض أن العوامل الوراثية هنا في أقوى حالاتها . ولكن نفذت هذه الطريقة وعدت محدودة في الإجابة عن السؤال الخاص بالأهمية النسبية التي تضيفها كل من الوراثة والبيئة بوصفها سببا للاضطراب ، وذلك بسبب تأثير عوامل مثل المحاكاة أو التقليد والتوحد ، كما أن التوائم الصنوية Monozygotic twins قد تتوافر لها درجة أكبر من التشابه البيئي بالنسبة للتوائم اللاصنوية Dizygotic .

ويشير بعض المؤلفين إلى أنه - حتى نشر دراستهم - لا توجد دراسات عن الأطفال الذين تبناهم أشخاص بعيدون عن وراثتهم ، وعن علاقتهم بأبائهم البيولوجيين أو بتوأمهم الصنوي الذي تربى منفصلا . كما أن معدل الحدوث المتخفيض نسبياً لهذا الاضطراب أو تكتم الأعراض يجعل مثل هذه الدراسات غير سهلة .

وقد أجريت دراسات لتحديد مدى حدوث الاضطرابات النفسية ومن بينها الوسواس القهري في أسر المرضى ، والنتيجة العامة المستخرجة من مراجعة هذه الدراسات أن أقارب الدرجة الأولى لمرضى الوسواس القهري لديهم معدل أعلى من الطبيعي لطائفة عريضة ومختلفة من الاضطرابات الطبية النفسية بما فيها الوسواسية . ولكن الشك يحيط مثل هذه الدراسات من نواح عدة منها : اختلاف المحكات التشخيصية ، والفروق في أنماط الاضطراب عند الأقارب من الدرجة الأولى الذين درسوا ، وندرة الفحوص التي تستخدم عينات ضابطة . وفضلا عن ذلك فإن معظم الدراسات الأسرية في هذا المجال قد أجريت اعتماداً على مراجعة الجداول أو الرسوم البيانية Charts بدلا من المقابلات الشخصية لأعضاء الأسرة . والحاجة ماسة إذن إلى دراسات مضبوطة تقوم على المقارنة الدقيقة باستخدام المقاييس النفسية ، وتعتمد على مقابلة شخصية لـ مختلف أعضاء الأسرة الواحدة (Rasmussen & Tsuang, 1994) .

وعلى الرغم من قلة عدد الدراسات في هذا المجال فإن بعضها يؤكد أن هناك أساساً

وراثياً على الأهل في بعض الحالات . وهناك انتشار من ٣ إلى ٧٪ للاضطراب لدى أقارب المرضى من الدرجة الأولى ، قارن ذلك بمعدل ٥ , ٠٪ فقط لدى أقارب المرضى ببقية اضطرابات القلق (Kaplan & Sadock, 1991,p.405) . وقد استخرج ارتباط قدره ٨٧ , ٠ بين التوائم الصنوية ، و٤٧ , ٠ بين غير الصنوية في اضطراب الوسواس القهري (Oltmanns & Emery, 1995,p. 221) .

ويرتفع معدل الاتفاق في اضطراب الوسواس القهري لدى التوائم الصنوية (التي نشأت عن بويضة واحدة ثم انقسمت في الرحم) أكثر من التوائم اللاصنوية (التي نشأت عن بويضتين مستقلتين لقحتا في الوقت ذاته والحمل نفسه) . كما أن معدل اضطراب الوسواس القهري لدى الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى للمرضى باضطراب الوسواس القهري أعلى من نظيره في الجمهور العام (APA,1994,p. 421) .

وبينت دراسة «ماكيون ، وموري» معدلات مرتفعة لاضطرابات القلق بين أقارب الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الوسواس القهري ، ووجد «لينان» وصحبه أن ٣٠٪ من أقارب الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الوسواس القهري في دراستهم لديهم أيضاً المرض ذاته . ولكن من السابق لأوانه أن نستنتج أن العوامل البيولوجية تهيئ الأفراد للإصابة باضطراب الوسواس القهري (Davison & Neale, 1996,p.153) .

ثانياً - الفحوص البيولوجية :

أعلن الباحثون في المجال الحيوي الطبي Biomedical أن اضطراب الوسواس القهري مرض في المخ ، وهناك خمسة خطوط للتدليل على وجهة النظر هذه :

- ١ - العلامات الخاصة بالأعصاب .
- ٢ - جوانب الشدوذ في مسح المخ .
- ٣ - المحتوى البدائي للوسواس والقهر .
- ٤ - دلائل من الطب النووي .
- ٥ - فاعلية بعض العقاقير في علاج هذا الاضطراب .

ونعرض لها بشيء من التفصيل فيما يلي :

١- العلامات الخاصة بالأعصاب :

من المعروف أن اضطراب الوسواس القهري يتطور فوراً بعد صدمة المخ ، وفي الفحص الخاص بعلم الأعصاب فإن كثيراً من مرضى الوسواس القهري يكشفون عن عدد من جوانب الشذوذ : ضعف التأزر الحركي الدقيق ، وزيادة في الاهتزازات والرعشة العصبية غير الإرادية ، وضعف الأداء الحركي البصري . وكلما كانت هذه العلامات البسيطة عميقة كانت الوسواس أكثر شدة وعنفاً . وهذه العلامات تتفق مع وجود اضطراب كامن وخفي في الأعصاب . انظر إلى هذه الحالة التي توردها «رييويورت» :

«يعقوب» طفل في الثامنة من عمره ، كان يلعب كرة القدم في الفناء الخلفي ، انهار فجأة ودخل في إغماء مع نزيف في المخ ، وأجريت له جراحة في المخ ، وكانت ناجحة تماماً ، ولكنه أصيب بعدها بوسواس الأرقام ، فكان يتعين عليه أن يلمس كل شيء سبع مرات ، ويتلغ الطعام في سبع ، ويسأل عن كل شيء سبع مرات .

واضطراب الوسواس القهري أيضاً مرض يحدث مع أمراض الأعصاب مثل الصرع Epilepsy ، وبعد ظهور المرض الوبائي الكبير الخاص بالنوم (ويتج عن عدوى فيروسية في المخ ، وحدث في أوروبا بين عامي ١٩١٦ و ١٩١٨) حدثت زيادة واضحة في أعداد مرضى الوسواس القهري . وزملة أعراض «توريت» Tourette وهو اضطراب يشبه القهر ، ويتضمن لزمات عصبية Tics حركية ، وانفجارات لفظية كلامية لا يمكن التحكم فيها ، من الواضح أن له أصلاً في الأعصاب ، وهناك توافق مرتفع بين اضطراب الوسواس القهري وزملة «توريت» لدى التوائم الصنوية ، وكثير من مرضى زملة «توريت» عندهم أيضاً اضطراب الوسواس القهري (انظر ص ٢٣١) .

٢- جوانب الشنوذ في المسح الدماغي :

هذا هو الخط الثاني من الأدلة الحيوية الطبية ، وتأتي من دراسات مسح الدماغ Brain scanning عند مرضى اضطراب الوسواس القهري . وتكشف مناطق كثيرة من المخ عن نشاط مرتفع عند مرضى الوسواس القهري ، وهي : النواة المذنبة ذات الذنب أو الذيل Caudate nucleus ، والإثبة Putamen ، والكرة الشاحبة Globus pallidus ، والقشرة الحجاجية الجبهية Orbito - frontal cortex ، والتلفيف الشفني Cingulate gyrus . وتكون جميعاً «الدائرة اللحائية المهادية المخططة» Cortical - striatal thalamic circuit - (انظر شكل ١٠) . وترتبط هذه المناطق بعمل المصفاة أو المرشح الذي يستبعد المعلومات غير المتصلة بالموضوع ، ويستمرار السلوك والمحافظة عليه . وفي الحقيقة فإن العجز عن طرد الأفكار المشتتة وإيقافها والمحافظة على السلوك يبدو أنها تشبه المشكلات المركزية في الوسواس القهري . وعندما يعالج هؤلاء المرضى بنجاح عن طريق العقاقير فإن مناطق المخ هذه تقلل من نشاطها .

ولسوء الحظ فإن مختلف دراسات مسح الدماغ تتضارب في بيان أي مناطق المخ يتزايد نشاطها أو يتناقص ، والمسألة غير محسومة حتى الآن ، على أن هذا الفرض يتفق مع نتائج الإيقاف الجراحي لهذه الدائرة ، ويتج عنها خفض كبير لأعراض الوسواس القهري في ما يقرب من ثلث المرضى .

٣- المحتوى البدائي للوسواس والقهر :

الخط الثالث من الأدلة على وجهة النظر الحيوية يتصل بالمضمون أو المحتوى الخاص باضطراب الوسواس القهري ، إن محتوى الوسواس والقهر ليس اختياريّاً «تحتكمياً» ، ومثلها في ذلك مثل محتوى المخاوف المرضية التي تتكون أساساً من الأشياء التي كانت ذات مرة خطرة للجنس البشري ، فإن محتوى الطقوس الوسواسية والقهرية هي أيضاً ضيقة محدودة وانتقائية . إن الأكثرية العظمى من مرضى اضطراب الوسواس القهري

لديهم وسواس من الجراثيم أو من العنف ، ويقومون بالاغترسال أو المراجعة استجابة لذلك . لماذا مثل هذا التركيز المحدد؟

لماذا لا تدور الوسواس حول أشكال محددة كالمثلثات ؟ ولماذا لا توجد وسواس عن تمرين رياضي كرفع الجسم بفرد الذراعين في وضع الانبطاح ، أو عن التصفيق باليدين ، أو عن ألغاز الكلمات المتقاطعة ؟ ولماذا الجراثيم والعنف ؟ ولماذا الاغترسال والمراجعة ؟

لقد كان الاغترسال والمراجعة - عبر التطور - على درجة كبيرة من الأهمية ، إن الاعتناء بالنفس وبالأمان البدني الخاص بالشخص وأطفاله اهتمامات بدائية ومركزية . وربما كانت مناطق المخ التي احتفظت بجوانب النظافة والمراجعة عن أجدادنا هي أكثر المناطق التي تخفق وتتخرف في اضطراب الوسواس القهري ، وربما كانت الأفكار المعادة والطقوس في اضطراب الوسواس القهري آثاراً أو بواقي عميقة للعادات البدائية .

ولكن كيف يمكن التثبت من هذه الاقتراضات ؟ يلاحظ القارئ أن ذلك أمر صعب المثال ، وليس من السهل التحقق من صدقه في الوقت الحاضر .

6- دلائل من الطب النووي :

يمكن للطرق الفنية الحديثة في الطب النووي Nuclear medicine الآن أن تكشف عن جوانب الشذوذ التشريحي والكيميائي الحيوي الموجودة في مخ المرضى بالأشكال المختلفة من الأمراض النفسية والعقلية ، فقد فحصت بالتفصيل أمخاخ مرضى الفصام والاكتئاب وكذلك الوسواس القهري .

وتفترض الأدلة الحديثة أن هناك دائرة circuit بها نقص في أمخاخ مرضى الوسواس القهري ، فقد أعطى ثمانية عشر مريضاً بهذا المرض ، إما علاجاً بالأدوية وإما علاجاً سلوكياً ، وقبل العلاج أجرى لهم فحص التصوير المقطعي بإطلاق مادة البوزترون Positron Emission Tomography (PET) لأمخاخهم . وقد تضمنت الإجراءات المتبعة حقن هؤلاء المرضى بمادة ذات نشاط إشعاعي radioactive تسمى الجلوكوز ، التي تمر في

الدورة الدموية من خلال تيار الدم ، وتصبح مركزة بوجه خاص في مناطق تستخدمها استخداماً كبيراً وتستفيد منها ، ويعنى ذلك أن مناطق المخ النشيطة بوجه خاص سوف تصبح ذات نشاط إشعاعي أكبر من المناطق الأقل نشاطاً في المخ ، ويترتب على ذلك أن مناطق المخ المتضمنة في مرض الوسواس القهري يمكن أن تبدو على أنها مناطق «ساخنة» عندما يجرى للمرضى مسح Scan بالتصوير المقطعي .

ومن بين الثمانية عشر مريضاً استجاب ثلاثة عشر لنوعى العلاج بطريقة جيدة فانخفض بوضوح مقدار الأفكار الوسواسية والسلوك القهري . ثم تلقت المجموعتان مسحاً ثانياً بوساطة الأشعة المقطعية ، وقورن هذا المسح بالمسح الذي أجري قبل العلاج ليرى الباحث أي مناطق المخ قد «بردت أو هدأت» بعد نجاح العلاج . وقد افترض أن رأس النواة المذنبة (ذات الذيل) Caudate nucleus داخلية في اضطراب الوسواس القهري ومتضمنة فيه ، وقد كشف التصوير المقطعي قبل العلاج أن هذا التركيب (ولكن في نصف الكرة الأيمن فقط) نشط جداً . وبعد أي من العلاج السلوكي وبالعقاقير أصبح هذا التركيب أقل نشاطاً لدى المرضى الذين تناقصت الوسواس والقهر لديهم . وفضلاً عن ذلك فقد ظهر أنه كلما تناقصت الأعراض تناقص النشاط أكثر في هذا التركيب . وقد أجرى هذه الدراسة «باكستر» وزملاؤه عام ١٩٩٢ .

وتفترض مثل هذه الدراسات أن هناك دائرة في المخ ، تشتمل على نواة مناسبة ، وتقوم بتصفية Filtration مدخلات الهم أو الازعاج Worry وكبحها وإخمادها ، تلك المدخلات التي تأتي من مكان آخر في المخ . وعندما تكون هذه النواة عاجزة أو ناقصة فإنها لا تكف الازعاج أو القلق بدرجة كافية ، وتسمح للقلق بأن يسير قدماً إلى مناطق أخرى من المخ . ومن المحتمل أن تؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري (Rosenhan & Seligman, 1995,p.59) .

٥ - فاعلية العلاج بالمقايير :

العلاج المفيد بالمقايير هو الخط الأخير الذي يدلل على النظرية البيولوجية في هذا المجال ، لقد وجد أن عقار «كلوميبرامين» يخفف أعراض الوسواس القهري عند كثير من مرضى الوسواس القهري (Rosenhan & Seligman, 1995,p276) ، وهو ما سنناقشه في الفصل الأخير من هذا الكتاب .

وفي دراسة مهمة عنوانها : «القطط بوصفها نماذج ممكنة لاضطراب الوسواس القهري وعلاجه» ، قدم «لورنس هارتمان» (Hartmann, 1995) حالة قطرة أنثى أعطيت عقار «فلوكسيتين» Fluoxetine (من ١ إلى ٥ ، ١ ملجم / يوم) لعلاج النظافة الزائدة أو لعق مساحات من الشعر . وفي خلال ثلاثة شهور اختفت بنسبة ٩٠٪ القطع الصلعاء التي سببها اللعق المسرف ، ويمرور ثمانية عشر شهراً عاد ظهور القطع الصلعاء عندما أوقف العلاج أو تم إنقاظه بدرجة كبيرة . ولم تلاحظ آثار جانبية كبيرة فيما عدا الدوار ، وربما بعض الجبن وتناقص الذكاء . ومن الممكن أن تكون زملة الأعراض هذه ذات فائدة بوصفها نموذجاً حيوانياً لدراسة اضطراب الوسواس القهري .

فحوص الدماغ وتصويره :

استخدم عدد من الباحثين طرق تصوير الدماغ Brain imaging ، وظهر بعض الفروق المثيرة في أمخاخ مرضى الوسواس القهري بالمقارنة إلى الأشخاص غير المصابين بهذا الاضطراب . وعلى الرغم من أنه لم توجد فروق في حجم المخ أو تركيبه فقد وجد نشاط زائد - بالمقارنة إلى الأسوياء - في جزء واحد من الفص الأمامي Frontal lobe من اللحاء الخفي Cerebral cortex يسمى السطح المداري أو المحجري Orbital surface ، والنشاط أيضاً موجود في اللحاء المطوق Cingulate Cortex ، وكذلك - بدرجة أقل - في النواة المذنبة (ذات الذيل) Caudate nucleus ، وتمتد هذه الدائرة الحخية من القسم المحجري للمنطقة الأمامية للحاء ، عبر النواة المذنبة إلى أجزاء من المهاد Thalamus . ويبدو أن النشاط في هذه المناطق مترابط ؛ أي أنه إذا كانت منطقة ما نشطة فإن المناطق

الأخرى تكون نشطة أيضاً . وهذه المناطق أيضاً تحدد موقع المعرات المتعددة للناقلات العصبية Neurotransmitters ، وأحد التركيزات القوية جداً للناقلات العصبية التي تخدم هذه المنطقة هي السيروتونين Serotonin .

وأحد أدوار السيروتونين أن يهدئ ويلطف من ردود أفعالنا ، ويعد كل من سلوك الأكل ، والسلوك الجنسي ، والعدوان تحت التحكم الكامل للمستويات المناسبة من السيروتونين . وتصبح هذه الأنواع من السلوك وغيرها أحياناً خارج الضبط عندما تنخفض مستويات السيروتونين .

وتعتمد الدراسات التي أجريت على هذه الدائرة الخاصة بالمخ - في المقام الأول - على الدراسات التجريبية للحيوانات ، وتبرهن على أن أي عطب Lesion في هذه المنطقة من المخ التي تقطع دوائر السيروتونين يبدو أنها تعوق القدرة على تجاهل المنبهات الخارجية غير المتعلقة ، وتجعل الفرد زائد الاستجابة ، وترتفع ردود أفعاله . ولذلك فإذا كان لنا أن نمر بخبرة إصابة دائرة المخ هذه أو قطعها ، فقد نجد أنفسنا نطيع أو نعمل وفق كل فكرة أو دفعة تدخل إلى عقولنا .

وتأتى لمحات من المكتشفات الشائقة أحياناً لعمل المخ البشري من التجارب الطبيعية الناتجة عن حوادث مؤسفة ، يتعرض فيها بعض الناس أحياناً لتلف أو إصابة في المخ Brain damage بعد حوادث سيارات أو غيرها أو بعد ورم في المخ بحيث تؤثر فقط في أجزاء صغيرة ومحددة من المخ ، وهذا أمر يفيد العلماء كثيراً في دراسة وظائف المخ ، وحتى تساعد هؤلاء الأفراد على الشفاء ، فإن العلماء يفحصون التغيرات النوعية التي تحدث في السلوك والشخصية لدى هؤلاء الأفراد ، ويربطون بين هذه التغيرات وأجزاء المخ التي تلفت أو أصيبت .

ولاستكشاف ما الذي عساه أن يحدث داخل مخ المريض باضطراب الوسواس القهري قام «توماس إنسل» Insel وهو عالم في الأمراض النفسية له توجه بيولوجي ، بمراجعة الدراسات والتائج الحديثة ، ويصف «إنسل» إحدى الحالات التي درسها كل من

«آيسلنجر، وداماسيو» لرجل كان محاسباً ناجحاً ، وزوجاً ، وأباً يكرس وقته لطفليه ، وذلك قبل أن تجري له جراحة لاستئصال ورم في المخ . وقد تحسن الرجل من الجراحة بشكل جيد ، ويبدأ أن حالته طيبة ، ولكن في العام التالي لعلاج منى عمله بالإخفاق ، وانفصل أيضاً عن أسرته . وعلى الرغم من أن درجاته على اختبار الذكاء كانت مرتفعة كما كانت ، وكانت الوظائف العقلية كالذاكرة عنده سليمة ، فإنه لم يكن قادراً على الاحتفاظ بوظيفة ، ولا حتى أن يأتي في الزمن المحدد للمواعيد التي يضر بها .

ما الذي عمله هذا الرجل ليسبب كل هذه المشكلات؟ لقد كان مندمجاً في طقوس قهرية مستمرة ، ولا يمكن التحكم فيها ، لقد كان يقضى معظم أيامه ويستنفدها في الاغتسال ، وارتداء الملابس ، وإعادة تنظيم الأشياء في الحجرة المفردة التي يعيش فيها ، ويكلمات أخرى فقد أصيب بأعراض اضطراب الوسواس القهري ، لقد كانت منطقة المخ التي تلفت لديه نتيجة لاستئصال الورم هي منطقة صغيرة من اللحاء المحجري الأمامي . يبدو أن ذلك يدعم بقوة السبب البيولوجي للوسواس القهري .

ولكن توجد محاذير ونحوطات عدة ضد هذا التفسير البيولوجي الكامل للوسواس القهري ، وكان «إنسل» وعلماء الأعصاب الآخرون حذرين جداً عند تفسير هذه النتائج للأسباب التالية : أولاً : تتضمن هذه الحالة فرداً واحداً فقط ، فقد يستجيب الآخرون المصابون بالتلف نفسه بطريقة مختلفة . ثانياً : إن دراسات تصوير المخ كثيراً ما تكون غير متفقة بعضها مع بعض في تفاصيل مهمة كثيرة ، فيكون من الصعب أحياناً مجرد أن نحدد بدقة أين يحدث النشاط الزائد أو المنخفض ، لأن أمخاخ الناس تختلف إلى حد ما في تركيبها ، كما تختلف أحجام أجسادنا أو ملامح وجوهنا . ثالثاً : نتائج الدراسات التي تستخدم طرق تصوير المخ والتي ينتج عنها منظر مختلف لوظائف المخ لدى المرضى ، لا يستطيع العلماء الآخرون ولا العالم نفسه أحياناً أن يكرروها بنجاح ، أي أن النتائج متغيرة وغير ثابتة ، والحاجة ماسة إذن إلى إجراء مزيد من الدراسات ، وربما نتظر حتى يحدث مزيد من التطور في التقنية قبل أن نكون واثقين في الحقيقة من دائرة المخ الخاصة هذه في علاقتها باضطراب الوسواس القهري .

ومن المحتمل كذلك - من ناحية أخرى - أن يكون نشاط هذه الدائرة الخاصة في المخ ببساطة نتيجة للتفكير المتكرر والسلوك الخاص بالطقوس الذي يميز مرضى الوسواس القهري - أكثر من كونه سبباً له (Barlow & Durand, 1995, p. 571) .

دراسات التخطيط الكهربائي للدماغ :

تشير نتائج التخطيط الكهربائي للدماغ EEG إلى وجود مكون مرضى فيزيولوجي لدى مرضى الوسواس القهري ، وأن هذا المكون يعتمد على أساس مركزي (متعلق بالجهاز العصبي المركزي) ، وأن منطقة الفص الأمامي هي موضع هذا الخلل الوظيفي ، ويوجد هذا النمط الشاذ للاستجابة المتعلق بالأعصاب - في المقام الأول - في أثناء القيام بالعمليات المعرفية (McCarthy & Foa, 1990) ، حيث يوجد معدل حدوث أكبر من العادي لنواحي شذوذ غير محددة في تسجيلات المخ الكهربائية EEG لدى مرضى الوسواس القهري ، وقد افترض أن هذا الشذوذ يقع غالباً في نصف الكرة الأيسر ، وهو فرض تؤكد ملاحظة أن هناك نسبة حدوث أكثر من العادي لحالات العسر أو استخدام اليد اليسرى لدى هؤلاء المرضى (Kaplan & Sadock, 1991, p. 404) . وقد يكشف المصابون بهذا الاضطراب زيادة في النشاط الراجع إلى الجهاز العصبي اللاإرادي (التلقائي) Autonomic عندما تواجههم في المختبر ظروف تشير الوسواس ، وتتناقص ردود الأفعال الفيزيولوجية بعد القيام بالأفعال القهرية (APA, 1994, p. 420) . كما اتضح أن كلاً من التهاب الدماغ وإصابات الرأس وأورام المخ ترتبط بتطور اضطراب الوسواس القهري (Davison & Neale, 1996, p. 153) .

حاشية : نقص فيتامين «ب» والوسواس القهري :

درس «هرمش» وصحبه (Hermesh, et al., 1988) ثلاثين مريضاً بالوسواس القهري ومثلهم من مرضى الفصام المزمن ، ومثلهم عينة ضابطة من الأسوياء الأصحاء ، وأظهرت الدراسة أن مرضى الوسواس القهري لديهم معدل انتشار أعلى بدرجة جوهرية في نقص فيتامين «ب» من الفئة (١) ، و (٢) أكثر من المجموعتين الآخرين . وليس من

السهل أن نحدد هل هذا النقص سبب للاضطراب أو نتيجة له .

الموقف الحالي فيما يخص العوامل البيولوجية :

حدث تقدم كبير في فهم الأساس العصبي لاضطراب الوسواس القهري بالنسبة للعقد الماضي ، ولكن كثيراً من الأمور يتعين حلها ، أولها أن هناك نقصاً في الصديق الاتفاقي من دراسة إلى أخرى ، وقد يرجع ذلك إلى الاختلافات بين الطرق الفنية المستخدمة في التصوير العصبي Neuroimaging ، وثانيها أن الدراسات تميل إلى عدم التفرقة بين مختلف الأنواع الفرعية لاضطراب الوسواس القهري على الرغم من الأدلة على أن هذا الاضطراب حالة غير متجانسة .

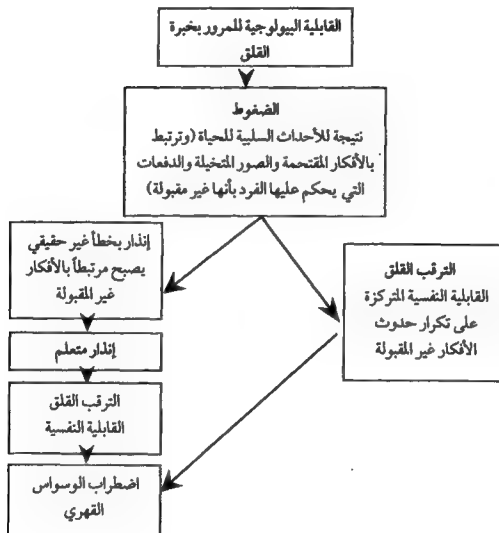
إن التمييز بين المجموعات الفرعية للاضطراب اعتماداً على كل من الأنواع الفرعية ، والوراثة ، والأبعاد النفسية ، والنفسية البيولوجية سوف يكون حاسماً في فهم نتائج الدراسات الخاصة بعقائير الأعصاب والجوانب السلوكية والمعرفية والتصوير الوظيفي في المستقبل (Cottraux & Gerard, 1998) .

لقد تمت الاستفادة من التطورات المذهلة في وسائل تصوير المخ ، ولكن النتائج غير مؤكدة (Kaplan & Sadock, 1991, p. 405) ، كما أن هناك مشكلات عدة في الفهم البيولوجي للوسواس القهري ، وأسئلة لإجابة لها إلا بأن تتطلب مستوى نفسياً علمياً لفهم (Stein & Hollander, 1992) . كما أن هناك مشكلات كثيرة في دراسات الوراثة (التوائم) ، فضلاً عن ضرورة الضبط التجريبي للمتغيرات المؤثرة في الدراسات البيولوجية ، ويتعين البرهنة على أن التغير في أي من النشاط الكهربائي للمخ أو صورته خاص بالوسواس القهري وحده دون بقية الاضطرابات . ولكل ذلك فإن الحاجة ماسة إلى إجراء مزيد من الدراسات .

تعدد العوامل السببية

ليس من السهل - كما رأينا خلال هذا الفصل - أن نفسر اضطراب الوسواس القهري بسبب واحد أو نظرية واحدة ، وتعدد العوامل أقرب التفسيرات إلى الصواب في

مثل هذا الاضطراب المركب . وقد وضع «بارلو» نموذجاً متعدد الأسباب ، يبينه شكل (١١) (Barlow & Durand, 1995, p. 199) .



شكل (١١) : نموذج أسباب اضطراب الوسواس القهري (من بارلو)

قد يتساءل القارئ في نهاية المطاف : ما الأسباب الحقيقية لاضطراب الوسواس القهري ؟ ونجيب عن ذلك بأننا أمام نوع مركب من الاضطراب ، وعلى الرغم من النشاط البحثي الكبير في هذا المجال ، ومن النتائج الواعدة والمهمة ، فإن الكلمة النهائية لم تقل بعد ، والأرجح أن تتبلور الأسباب حول الجوانب السلوكية والمعرفية والبيولوجية (الحيوية) ؛ ولذا فإن النموذج متعدد العوامل - كما ألحنا - هو الأقرب إلى العوامل السببية في اضطراب الوسواس القهري .

ملخص

قدم الباحثون عددا من النظريات لتفسير اضطراب الوسواس القهري وبيان أسبابه . وأول هذه النظريات التحليل النفسي ، فيرى «فرويد» أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي من جراء الصراع بين الطفل والوالدين حول التدريب على عادات الحمام (التواليت) . ولكن الدلائل الواقعية على ذلك غير مقنعة ، كما أن التحليل النفسي قد أخفق في علاج هذا الاضطراب .

وتقدم النظريات السلوكية تفسيرات محددة لاضطراب الوسواس القهري ، منها أن أعراض هذا الاضطراب هي منبهات قلق ، حدث لها إشراف تقليدي ، وأن الطقوس القهرية محاولة من الشخص لتخفيض ذلك القلق . كما يعد المنحى السلوكي هذا الاضطراب سلوكا متعلما تم دعمه وتعزيزه عن طريق نتائجه وهي خفض القلق ، ويفسر الاضطراب على ضوء مفهوم تعلم التجنب ، ومفهوم خفض القلق ، مع التركيز على دور الخبرات المبكرة في حدوث هذا الاضطراب . وتتوافر الأدلة المدعمة لهذا المنحى السلوكي ، ولكن هناك عددا من المشكلات التي لم تحسم بعد .

وتفسر النظريات المعرفية اضطراب الوسواس القهري على أساس عدد من الجوانب ؛ أهمها الوجهة المعرفية التي تتركز حول توقعات مرفضة جدا تؤدي إلى المبالغة في تقدير احتمال حدوث العواقب المضرّة وغير المواتية ، مع وجود اعتقادات مخطئة ، وإدراك زائد للخطر ، وعدم ثقة المضطربين في استنتاجاتهم الخاصة ، واتصافهم بسمات

مثل التصلب والجمود وطلب الكمال والشك . وتركز النظرية المعرفية على اضطراب التفكير في الوسواس القهري ، ويفترض الباحثون وجود نقص لدى المضطربين في الكف المعرفي للأفكار التي تفتحهم عقولهم . وتعد هذه المكتشفات فروضا مثمرة .

وهناك منحى مهم هو المنحى السلوكي المعرفي . وأما النظريات البيولوجية فتبحث أسباب اضطراب الوسواس القهري على ضوء كل من الدراسات الوراثية ، والعلامات الخاصة بالأعصاب ، وجوانب الشذوذ في المسح الدماغى ، وتصوير المخ ، والطب النووي ، وفعالية العلاج بالعقاقير ، والتخطيط الكهربى للدماغ . وحدث تقدم كبير في هذه الجوانب ، واستفيد من التطورات المذهلة في وسائل تصوير الدماغ ، ولكن النتائج غير مؤكدة ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات . ولذلك فإن المنحى الذى يركز على تعدد العوامل المسببة لاضطراب الوسواس القهري هو الأقرب إلى الصواب .

* * *

الفصل الثالث عشر

العلاج

إن مآل مرضى الوسواس القهري سواء ممن تلقوا علاجاً أو لم يعالجوا لم يكن واعداً بوجه خاص حتى السنين الأخيرة ، وقد جريت طرق عدة منها : العلاج بالصدمة الكهربائية التشنجية ECT ، والعقاقير المضادة للاكتئاب ، والعلاج النفسي المساند ، والاستئصال الجراحي لأجزاء من المخ كقطع الفص الجبهي Lobotomy ، ولكن النتائج كانت ضعيفة على المدى القصير وأساء على المدى الطويل (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 277).

وكان اضطراب الوسواس القهري - لمدة طويلة - يُعد غير مستجيب للعلاج ، فلم يكن العلاج النفسي ولا أى مجموعة من العقاقير تساعد على علاج الاضطراب ، ولكن ظهر في العقود الثلاثة الأخيرة علاجان ناجعان :
أ - معرفي سلوكي بالتعرض ومنع الطقوس .

ب - علاج بالعقاقير عن طريق مثبطات السيروتونين (Kozak & Foa, 1997, p. 21).

وتستخدم في الوقت الحالي لعلاج مرضى الوسواس القهري خمس طرق هي :
العلاج بالعقاقير ، والجراحة النفسية ، والعلاج بالتحليل النفسي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج المعرفي . ونعرض لها بشيء من التفصيل فيما يلي .

العلاج بالعقاقير

يبدو أن اضطراب الوسواس القهري يستجيب بشكل خاص للعقاقير التي تكف إعادة امتصاص أو تمثل السيروتونين Serotonin في المخ (وهو ناقل عصبي) ، ويوجد عقاران في هذه الفئة وهما : مضادات الاكتئاب المسماة «فلوكسيتين» Fluoxetine (والاسم التجاري له بروزاك Prozac) والكليومبرامين Clomipramine

(والاسم التجاري له أنافرازيل Anafranil). وقد أدت فاعلية هذه العقاقير بالباحثين إلى أن يفترضوا أن الاختلال في تنظيم نقل السيروتونين في المخ قد يكون متضمناً في نشأة اضطراب الوسواس القهري وتطوره ، وذلك على الأقل بالنسبة لبعض المصابين بهذا الاضطراب . وقد ظهر كذلك أن العقاقير المشتمة على السيروتونين تميل إلى أن يكون لها تأثير علاجي في الأفعال القهرية أكثر من الوسواس . وفضلاً عن ذلك فإن كثيراً من المرضى باضطراب الوسواس القهري قد أخفقوا في الاستجابة لمثل هذه العقاقير ، وإن المرضى الذين استجابوا لهذه العقاقير يغلب أن يحققوا فقط فوائد متواضعة (Nevid, et al., 1997, p. 223).

إن الدراسات التي أجريت لتقدير آثار العقاقير في علاج اضطراب الوسواس القهري كشفت عن نتائج واعدة ، ويبدو أن أكثرها فاعلية هي التي تضع جهاز النقل العصبي للسيروتونين هدفاً لها ، فإن بعض العقاقير التي تكف إعادة استهلاك reuptake السيروتونين لها آثار علاجية لدى ٦٠٪ من مرضى الوسواس القهري ، ومع ذلك فإن ما يكتسبه المرضى من العلاج متوسط في أحسن الحالات ، ويحدث الانتكاس Relapse بشكل متكرر عند التوقف عن تعاطي العقار (Barlow & Durand, 1995, p. 199).

وهناك ميزة في العلاج بالعقاقير بالنسبة إلى العلاج النفسي ، وهي أن الأخير قد يقاومه بعض المرضى منذ البداية ، ومن ثم فهو لا يصلح لهم ، ولذلك فلا بد من اللجوء إلى العقار . انظر إلى هذه الحالة .

حالة رفض العلاج النفسي :

«ماجدة» فتاة في الثامنة عشرة من عمرها ، طالبة في المدرسة العليا ، في مدينة صغيرة ، أحضرتها والدتها للطبيب النفسي بسبب إصرافها الشديد في الاستحمام «بالدش» وطقوس ارتداء الملابس ، الاستحمام بالدش يستمر ساعتين ، وتستغرق نصف ساعة لتلبس ملابسها ، وتقوم بعملية عد لكل مرحلة من مراحل اللبس ، ويجب أن تتكرر سبع عشرة مرة تماماً . وقد بدأت هذه التصرفات في سن خمس عشرة سنة وبشكل

تدريجي ، وتسببت في تأخرها في المدرسة . ومر شهران من الإرشاد مع اختصاصي علم النفس بالمدرسة دون فائدة ، وعندما استشير الطبيب النفسي كانت دائرة أصدقاء المريضة ونشاطاتها قد ضاقت ، وكان يفوتها الذهاب إلى المدرسة مرة أو مرتين في الأسبوع .

لقد كانت «ماجدة» فيما مضى منطلقة ، لها شعبية بين زميلاتها ، درجاتها متوسطة ، ولم تكشف فيما مضى عن اهتمام غير عادي بالنظافة أو الدقة ، ولم تعبر سلفاً عن أفكار غريبة أو انشغال بأمر محدد ، ولم تظهر عليها أى مشكلات سلوكية جديرة بالملاحظة .

وعندما أجريت لها مقابلة شخصية كانت مرتبكة عندما ناقشت سلوك الاغتسال والعد ، وقالت : «أنا أعلم أنها حماقة ، ولكني يجب أن أفعل ذلك ، ولا أعرف لماذا» . ومن أهم ما قلته : «إنني أصارع ضد الأعراض وأقاومها باستمرار دون نجاح» ، وقالت : «إنني لم أسمع قط عن أى شخص آخر لديه هذه المشكلة» .

ثم حولت «ماجدة» إلى اختصاصي في علم النفس لإجراء العلاج السلوكي . ولكنها لم تتعاون في العلاج ، وصممت على أنها يجب أن تستمر في هذه الطقوس . وكان الحل أن يوصف لها عقار ، فتعاطت الكلوميبرامين ، وبعد ثلاثة أسابيع من تعاطيه تناقصت الدفعات القهرية إلى الاغتسال والعد بدرجة كافية مكنت المريضة من التعاون مع أسرتها ومع اختصاصي علم النفس نحو مزيد من علاج أعراضها الغريبة . وبعد ثلاثة أشهر خففت جرعة العقار نتيجة للنعاس والكسل والإمساك (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 651f) .

ولكن دراسة أخرى بينت عدم فاعلية الكلوميبرامين في علاج أعراض اضطراب الوسواس القهري ، على الرغم من خفضه للاكتئاب لدى هؤلاء المرضى . ويشير بعض الدراسات إلى أن الاكتئاب لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يكون ثانوياً لأعراض الوسواس القهري ذاتها أو سبباً لها . وكشفت دراسة أخرى أن فوائد الكلوميبرامين في اضطراب الوسواس القهري قصيرة الأمد ، فإن إيقاف هذا العقار

والانسحاب منه يؤدي إلى معدل انتكاس مرتفع جداً بالنسبة لنظيره فى طريقة منع الاستجابة (Davison & Neale, 1996, p. 154) .

والكلوميبرامين كذلك ليس عقاراً كاملاً ، فإن نصف المرضى تقريباً لا يتحسنون بوساطته ، أو أنهم لا يمكن أن يتعاطوه نتيجة لآثاره الجانبية ، والتي تتضمن النعاس أو الكسل ، والإمساك ، وفقد الاهتمام بالجنس . وأن من يستفيدون من هذا العقار نادراً ما يُشْفَوْنَ تماماً ، فإن أعراضهم تخدم أو تضعف ، ولكن تبقى عادة آثار الأفكار الوسواسية ، ويظل إغراء القيام بالطقوس القهرية موجوداً . وعندما يتوقف المرضى الذين يستفيدون من تعاطي هذا العقار عن تعاطيه فإن كثيراً منهم - وربما كان معظمهم - سوف يتكسون تماماً . ولكن الكلوميبرامين بالتأكيد أفضل من لاشيء (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 279) .

ونقدت «سوزان فرانزيلو» وصاحبتها (Franzblau, et al., 1995) نموذج امتصاص مثبطات السيروتونين في اضطراب الوسواس القهري ، ويفترض أصحاب هذا النموذج أن الفرد الذى شخص بأنه مريض باضطراب الوسواس القهري لديه إنتاج زائد من الناقل العصبي المسمى السيروتونين ، وهو «أمين» Amine (مركب) حيوى مشتق من الحامض الأميني المتبلور : تريبتوفان Tryptophan . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا الفرض محدود في تفسيره لأسباب اضطراب الوسواس القهري ، ويتقصه الدليل الواقعى العلمى . وفضلاً عن ذلك فإن الأدلة متناقضة فيما إذا كان عقار «سيرترالين» Sertraline يعمل بوصفه مثبطاً نوعياً لامتصاص السيروتونين ويخفض بشكل فاعل اضطراب الوسواس القهري أكثر مما يقوم به «الكلوميبرامين» .

ومن ناحية أخرى فقد أشارت مختلف الدراسات التى أجريت على الحيوان والإنسان إلى أن السلوك القهري يمكن أن ينظر إليه على أنه استراتيجيات سلوكية لزيادة مشاعر الكفاءة الشخصية استجابة للبيئات المحصورة المقيدة ، والعزلة الاجتماعية ، والوحدة (لدى الأكاديمين) . وقد وضع نموذج الكفاءة الشخصية Self - efficacy بوصفه بديلاً لتفسيرياً لنموذج «السيروتونين» .

خلاصة القول بالنسبة لاستخدام العقاقير المتاحة حالياً مع مرضى الوسواس القهري أن بعضها مناسب لبعض المرضى ، ولكن لها آثار جانبية مزعجة ، في حين أنها لا تصلح لكل المرضى . والأخطر من ذلك هو أن التوقف عن تعاطي العقاقير يتسبب في انتكاس المريض .

الجراحة النفسية

الجراحة النفسية Psychosurgery نوع خاص من جراحة المخ ، وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها «إزالة جراحية انتقائية أو تدمير لمسارات عصب ، وذلك لتأثيرها السلوكي» . ويصفها «بريدجس ، وبارتلت» بأنها علاج جراحى لأمراض طبية نفسية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزة في أماكن مخية نوعية ، وتتم بتدمير نسيج تشريحي سليم بهدف إحداث تغير مرغوب في السلوك ، أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل التوتر والقلق .

وهذه الجراحة - كما تمارس اليوم - مأخوذة في الأصل من الطبيب النفسي السويسرى «جوتلب بيركهارت» Burchhardt ، وقد كتب عام ١٨٩٠ : إنه على الرغم من أن بعض الأطباء يؤيدون فكرة «عدم إلحاق الأذى بالمريض بأى حال من الأحوال» ، فإنه يتبع المبدأ القائل بأنه : «الأفضل أن يكون هناك علاج مشكوك فيه بدلاً من عدم وجود علاج على الإطلاق» .

وقد قام «سايكس ، وتريدجواد» باستعراض لحالة ٣٢٠ مريضاً تلقوا جراحة أسفل السطح الججاجى أو المحجرى ، ووجدوا معدلات تحسن كالآتى : ٦٩٪ للاكتئاب ، و ٤٤٪ للقلق ، و ٣٠٪ فقط للعصاب الوسواسي . ومع ذلك يقع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية - من الناحية التاريخية - تحت ثلاث فئات تشخيصية كبرى : الفصام المزمن ، والحالات النفسية الجسمية غير المتحكم فيها وحالات الأهم غير المحتمل ، والمرضى ذوى الشخصيات المتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوسواسية إلى الحد الذى تعجزهم فيه (كولز ، ١٩٩٢ ، ص ٥٠٤ ، ص ٥١١) .

وقام «جينايك» وزملاؤه عام ١٩٩١ بفحص سجلات ٣٣ مريضاً بالوسواس القهري ، وكان معظمهم حالات شديدة جداً من المرضى أخفقت في الاستجابة لكل أنواع العلاج سواء أكانت عقاقير أم علاجات نفسية . وبعد إحداث تلف محدود جداً بواسطة الجراحة للحزمة المطوقة Cingulate bundle (وهي الأسلوب الجراحي المعروف باسم قطع الطوق Cingulotomy ، فقد استفاد ٣٠٪ تقريباً من المرضى فائدة كبيرة . ويجب أن نلاحظ أن هؤلاء المرضى لم يكن يبدو أن لديهم أى أمل مهما كان في العلاجات الموجودة ، ومن ثم تستحق الجراحة أن ينظر إليها بوصفها الملجأ الأخير ، وتستخدم نادراً جداً ، ولم تدرس بشكل منظم بعد (Barlow & Durand, 1995, p. 59) .

والإجراء المستخدم حالياً يسمى الامتصال الطوقي Cingulotomy ، ويتلخص في تدمير مسافة تتراوح بين ٣ و ٢ سنتيمترات من المادة البيضاء White matter في الطوق Cingulum وهي منطقة قريبة من الجسم الجاسي Corpus Callosum . وعلى الرغم من أن بعض التقارير تورّد بعض التحسن الإكلينيكي ، فمن المناسب أكثر أن يُنظر إلى التدخل الجراحي على أنه الملاذ الأخير (Davison & Neale, 1996, p. 155) . وقد أكد «جينايك» وزملاؤه ضرورة تحقق معايير محددة قبل إجراء الجراحة ويوضحها جدول (٤٤) .

وبين تقرير حديث عن جراحة الأعصاب Neurosurgery لمرضى الوسواس القهري (انظر Jenike, et al., 1998) أن النتائج بعيدة عن أن تكون حاسمة ، وهناك جدل كبير حولها ، ويبدو أن التقارير المنشورة عن هذه الجراحة ليست كلها صادقة . كما لا توجد محاولات مضبوطة Controlled trials لهذه العمليات التي يمكن أن تتأثر كثيراً باستخدام إجراء زائف Placebo effect . ومن الحكمة أن تكشف للمريض عن هذا الشك وعدم التيقن ، وذلك حتى تكون لديه فكرة دقيقة ، لأنه إذا استمرت الأفكار المخطئة عن هذه العمليات الجراحية فإن بعض المرضى لن ينفذ الواجبات والأعمال الكثيرة المطلوبة للتحسن بواسطة العلاج السلوكي ، لأنهم سيشعرون أن هناك طريقاً أسهل ، وقد يرفض مرضى آخرون (أو أطباؤهم النفسيون) اختيار العلاج بجراحة الأعصاب اعتماداً على افتراضات زائفة .

جدول (٤٤) : معايير استخدام جراحة الأعصاب في علاج الوسواس القهري

- ١- يحقق المريض المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري .
- ٢- يزيد دوام المرض عن خمس سنوات .
- ٣- يسبب الاضطراب معاناة شديدة .
- ٤- يسبب الاضطراب خفصاً شديداً في وظائف المريض النفسية والاجتماعية .
- ٥- لم يؤثر العلاج المستخدم حالياً في الأعراض ، أو توقف المريض عن العلاج بسبب عدم تحمله الآثار الجانبية .
- ٦- يعد مآل الاضطراب ضعيفاً بصرف النظر عن العلاج بجراحة الأعصاب .
- ٧- يعطى المريض موافقة نافية للجهالة .
- ٨- يوافق المريض على الاشتراك في برنامج الفحص الذي يجرى قبل العملية الجراحية .
- ٩- يوافق المريض على الاشتراك في برنامج التأهيل التالى لإجراء الجراحة .
- ١٠- وجود طبيب باطنى في منطقة السكن المحلى للمريض يقبل المسؤولية عن المريض بعد إجراء الجراحة ، ويقبل كذلك متابعة حالته على المدى الطويل .

عن (Jenike, et al., 1998) .

وحيث إن الأكثرية العظمى من المرضى الذين يتعرضون لجراحة الأعصاب يعدون عاجزين بشدة ويشكل مزمن فمن الممكن جداً أن تساعد هذه العمليات الجراحية على خفض بعض أعراضهم ، ولكن الحاجة ماسة إلى الاستمرار في إجراء الدراسات في هذا المجال . إن المرضى عادة لا يتحسنون فوراً بعد الجراحة ، فلابد من مرور أسابيع قليلة أو أشهر للوصول إلى التحسن المثالى ، ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات التى تبدأ بعد إجراء العملية الجراحية مباشرة ، وتستمر حتى أفضل تحسن حققه المريض .

من الواضح إذن أن الجراحة النفسية لمرضى الوسواس القهري لابد أن تستخدم بعد اتباع احترازاات معينة ، فلها محاذير كثيرة ، ويتعين أن تكون هي الملاذ الأخير لنوعية محددة وخاصة من المرضى . ويجب ألا ننسى دائماً أن الجراحة النفسية التي تستخدم استئصال Ablation أجزاء معينة من المخ (كالطوق) نهائية وتتعدى الغاؤها Irreversible ، ولا رجعة فيها ، ومن ثم فلا بد من التفكير جيداً قبل اللجوء إليها .

العلاج بالتحليل النفسي

المسألة الأساسية في العلاج التحليلي للوسواس هي تمكين المريض من أن يتعرف إلى الصراع الكامن عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعوري ، فيجيب على الأم التي تعاني من أفكار قتل الأطفال (انظر ص ٢٧٦) أن تحقق الاستبصار في الدفعة Impulse الخاصة لفعل ذلك مع إختوتها خلال الطفولة ، وتفهم العلاقة بين هذا الصراع ومشكلاتها الحالية . ويتضمن العلاج الدينامي لمرضى الوسواس القهري تحليلاً متعمقاً للدفاعات الوسواسية القهرية ، ويمكن أن يتوقع أن يستغرق هذا النوع من العلاج سنين عدة . ونتيجة لعدم وجود دراسات تستخدم عينات ضابطة لعلاج التحليل النفسي لمرضى اضطراب الوسواس القهري فمن الممكن أن نستنتج أن فاعليته في علاج هذا الاضطراب قليلة (Rosenhan & Seligman, 1995,p. 278) .

إن اضطراب الوسواس القهري واحد من المشكلات النفسية الصعبة في علاجها ، والعلاج التحليلي النفسي للوسواس القهري يشبه علاج المخاوف المرضية والقلق العام ، ويتلخص في رفع الكبت والغائه ، والسماح للمريض بأن يواجه ما يخافه في الحقيقة ، ويتلخص في أن دقمة معينة تتطلب الإشباع أو الإرضاء . وإن الأفكار المقترحة والسلوك الذي لا يمكن مقاومته ليست أهدافاً ملائمة للتغيير العلاجي ، حيث يساعد عملها في حماية «الأنا» من الصراع المكبوت .

والإجراءات التحليلية النفسية غير فاعلة في علاج اضطراب الوسواس القهري ،

وقد حث هذا القصور بعض المحللين العاملين في المجال ليتبنوا مدخلاً سلوكياً موجهاً إلى الفعل والعمل أكثر بالنسبة لهذا الاضطراب ، ويعدون دور الفهم التحليلي النفسي بوصفه طريقة لزيادة الخضوع للإجراءات السلوكية كما ذكر «جينايك» .

فقد حذر «سالزمان» Salzman مثلاً من أن التداعي الحر مجرد تغذية لوسواسية المريض ، ومن ثم فقد اقترح أن يكون المحلل أكثر توجيهاً في قيادة المناقشة ، ويفترض أن عدم الحسم الذي يشاهد على معظم مرضى الوسواس القهري ينبع من حاجة إلى الصواب المضمون قبل القيام بأي فعل . ولذلك فيجب أن نعلم المرضى أن يتحملوا الشك والقلق اللذين يشعر بهما كل الناس لدى مواجهتهم للحقيقة الفائلة بأنه لا شيء مؤكد أو يمكن السيطرة عليه بشكل مطلق في هذه الحياة . كما يقترح أن يقوم المعالج بتشجيع المريض على التخلي عن دفاع الأنا المتجسد في التصرف بطريقة قهرية . ولكن يظل التركيز النهائي في العلاج على الاستبصار بالمحددات اللاشعورية (Davison & Neale, 1996, p. 153f) .

ولكن العلاج النفسي التقليدي أثبت أنه غير فاعل في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري ، ففي عينة من تسعين مريضاً داخلياً وجد «كرنجلين» عام ١٩٦٥ أن ٢٠٪ فقط قد تحسّنوا في مدة قوامها ١٣-٢٠ عاماً بعد العلاج . وأورد «جرمشو» في العام نفسه نتائج أفضل إلى حد ما ، تصل إلى تحسن ٤٠٪ من عينة المرضى الخارجيين في مدة تتسع تراوحت بين ١ و ١٤ عاماً (McCarthy & Foa, 1990) . ويورد مسح أحدث أن علاج اضطراب الوسواس القهري اعتماداً على نظرية التحليل النفسي ذو فاعلية محدودة (Halgin & Whitbourne , 1993, p. 185) . على أن تحسناً كبيراً في علاج اضطراب الوسواس القهري ظهر من تقديم الطرق السلوكية المشتقة من نظرية التعلم ، وهو ما نعرض له في الفقرة التالية .

العلاج السلوكي

مقدمة :

بينت الدراسات المنظمة أن المرضى القهريين يكشفون عن جوانب الشذوذ الأكبية : المستوى الفيزيولوجي العام للتنبه Arousal (كما يقاس باستجابة الجلد الجلفانية GSR) مرتفع جداً ، فعندما يعتقد المرضى - كما في حالة قهر النظافة - أنهم لمسوا جراثيم أو بكثيراً أو نحوها فإن مستوى التنبه يرتفع ، ويزداد بالتبعية قلق يعذب المريض ، متصل بأخطار إصابته بعدوى . ويبحث المريض عن ملجأ وملاذ في طقوس الاغتسال والتنظيف ، وفي أثناء ذلك ينخفض تماماً كل من التنبه الفيزيولوجي والقلق لدى المريض ، ويشعر المريض بأنه في حال أفضل . وإذا ما أعيق الاغتسال والتطهير ، أو إذا قوطعت طقوس الاغتسال فإن القلق ومستوى التنبه الفيزيولوجي لا يرتفعان ، وبدلاً من ذلك فإنهما ينخفضان ، إلا أن هذا الانخفاض يكون بطيئاً جداً . وإذا لم يجد المريض ملجأ أو ملاذاً في طقوس الاغتسال فإنهم يظلون في حالة من عدم السرور تستمر مدة طويلة .

وساعدت هذه المعلومة الصغيرة (ولكنها مع ذلك دقيقة) على رسم خطة علاجية تعتمد على افتراض مفاده أن طقوس الاغتسال تعد إحدى طرق السلوك الهروبي ، حيث يبحث المريض - بأسرع ما يمكنه - عن الهرب من حالة التنبه الفيزيولوجي غير السارة . كما يعرف اختصاصي علم النفس الآن أنه في مثل هذه الحالات يمكن تحقيق أسرع النتائج وأدومها بأن يقود المريض - بشكل متكرر ولفترات طويلة من الزمن - إلى موقف محدث للقلق ، ويمنع كل سلوك هروبي حتى يتلاشى القلق . وكلما زادت فترة مواجهة المريض لمواقف محدثة للقلق دون زوالها زاد انخفاض مستوى التنبه الفيزيولوجي ، وأسرع هبوط القلق ، وأصبح السلوك القهري غير ضروري . وأثبتت دراسات «فروا» وزملائها أن معدل الشفاء نتيجة هذا الإجراء التدريبي الذي يعتمد على هذا المبدأ الأساسي ، لا بأس به (Florin & Figenbaum, 1992) .

وللعلاج السلوكي طرق عدة (انظر للتفصيل : عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤) منها - بالنسبة - للوسواس القهري- التحصين المنظم ، وإيقاف التفكير ، والغمر ، والعلاج الانفجاري ، والإشراف المنفر ، ومنع الاستجابة (Kaplan & Sadock, 1991, p. 408) .

ولكن الطرق السلوكية المبكرة التي هدفت إلى خفض القلق المرتبط باضطراب الوسواس القهري والتي استخدمت غالباً التحصين المنظم Systematic desensitization اتضح أنها تقلل الأعراض لدى نسبة لا تزيد على ٣٠٪ من المرضى ، وهي غير مناسبة بطبيعة الحال . وقد استخدمت إجراءات علاجية لزيادة الاعتياد على القلق خلال التعرض المستمر للمنبهات الخفيفة (مثال ذلك : المقصد التناقضي ، والغمر المتخيل ، والتشيع ، والراحة الناجمة عن التنفير) ، ولم تكن هذه الطرق ناجحة كذلك .

كما استخدمت العلاجات السلوكية التي تهدف إلى إيقاف أو عقاب الوسواس والأفعال القهرية مثل إيقاف التفكير Thought stopping ، والعلاج المنفر Aversion therapy باستخدام صدمة كهربية ، والتحصين المضمر (غير الصريح) . وظهر أن إيقاف التفكير غير فاعل تماماً في كثير من الحالات ، ولم يتم فحص الفاعلية طويلة المدى لهذه الإجراءات العلاجية (Riggs & Foa, 1993) . ولكن أكثر طرق العلاج السلوكي فاعلية هي التعرض ومنع الاستجابة ، ونعرض لهما فيما يلي .

التعرض ومنع الطقوس

حدث تحسن «درامي» في علاج اضطراب الوسواس القهري منذ نشر «فكتور ماير» Meyer عام ١٩٦٦ عن حالتين عولجتا بنجاح بعلاج تضمن التعرض الممتد Prolonged exposure للمثيرات الوسواسية ، ومنع حازم للطقوس القهرية . وقد عرف هذا الإجراء الفنى منذ ذلك الوقت باسم التعرض ومنع الاستجابة Exposure and response prevention (ERP) ، وقد دلت الدراسات بعد ذلك على أن هذه الطريقة الفنية ناجحة تماماً مع عشر حالات من خمس عشرة حالة ، وأنه فاعل جزئياً مع الحالات

الباقية بعد تتبع هذه الحالات لمدة خمس سنوات ، وقد انتكست فقط حالتان من الخمس عشرة حالة .

وتتبع البرامج الحالية للتعرض ومنع الاستجابة - بشكل نموذجي - طريقة «ماير» ، وتتضمن كلا من التعرض وإعاقة الطقوس *Ritual blocking* . ويتم تمرينات التعرض عادة في جلسات في الحياة الواقعية *in vivo* ، مثال ذلك أن نطلب من المريض الذي يخاف التلوث من الجراثيم أن يجلس على الأرض ، ويتم مواجهة العواقب أو النتائج الخفيفة عادة عن طريق التعرض التخيلي *Imaginal* . وقد صمم كل من نوعي التعرض (الواقعي والتخيلي) بوجه خاص لإثارة الضيق أو الكرب الوسواسي ، كما أن التعرض التكرار والممتد دون حدوث طقوس قهرية أو تجنب يمد المريض بمعلومات تنفي التدايعات والتقدير الحاطة التي يعتنقها ، وتؤدي إلى تطوير اعتياده على الأفكار والمواقف التي كان يخافها سابقاً .

والتعرض يكون عادة بشكل تدريجي ، فإن المواقف التي تثير ضيقاً متوسطاً يواجهها المريض قبل المواقف التي تثير قدراً كبيراً من الضيق ، ويتم تحديد تمرينات التعرض التي تحدث بين الجلسات العلاجية . كما يطلب من المرضى أيضاً أن يمتنعوا عن القيام بالطقوس بين الجلسات (Foa, et al., 1998) .

ويتم إنجاز التعرض ومنع الامتجابة عادة بالعمل - ببساطة - قريباً من المريض لنرى أنه لا يقوم بعملية اغتسال ولا مراجعة . ولكن الحالات الشديدة من المرضى يمكن أن تدخل إلى المستشفى وتنزع المقابض من أحواض الغسيل في الحمامات لفترة من الزمن لمساعدة المريض على الإحجام عن الاغتسال المتكرر . وطالما مُنعت الطقوس فإن هذه الإجراءات يبدو أنها تسهل عملية «اختبار الواقع» *Reality testing* ، حيث يتعلم المريض فوراً - على المستوى الشعوري - أنه لن يقع ضرر أو أذى على من يحبهم المريض سواء أقام بطقوسه أم لم يقم (Barlow & Durand, 1995, p. 200) .

ويساعد التعرض ومنع الاستجابة معاً الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس

القهرى على أن يتعلموا تحمل القلق الذى يشعرون به عندما يتم منعهم من تنفيذ طقوسهم القهرية ، وفي النهاية يخمد القلق وينخفض نتيجة للتعرض المتكرر ، ويشعر الفرد بإجبار أقل للقيام بالطقوس التى كان يقوم بها . ويعتقد بعض الباحثين أن مبدأ الانطفاء Extinction أو إضعاف استجابة القلق بعد التقديم المتكرر للهاديات Cues الوسواسية في غياب أى عواقب أو نتائج منفرة ، هو الذى يكمن وراء التأثير العلاجي لهذه الطريقة .

ويمكن استخدام طريقتى التعرض مع منع الاستجابة - على سبيل المثال - في حالات الأشخاص المصابين بالوسواس من أن أيديهم ملوثة بالجراثيم ، وهم من يشعرون بأنهم مجبرون على غسل أيديهم بشكل متكرر ، وقد تتطلب خطة العلاج من المريض أن يتعرض إلى مصادر التلوث كالحفر فى القاذورات بأيدى عارية ، ويُمنع من غسل يديه مباشرة بعد ذلك . ويمكن للمرضى الذين يشكون من طقوس المراجعة أن يتعرضوا لمواقف يشعرون فيها بدفعات نحو المراجعة ، مثل مغادرة منازلهم ، ويُمنعون من مراجعة الأجهزة المنزلية وقفل الباب . وتنظم محاولات التعرض عادة بطريقة هرمية تشتمل على المواقف الضاغطة بشكل متزايد (Nevid, et al., 1997, p. 229) . واتضح أن التعرض ومنع الاستجابة طرق فاعلة جدا فى التخفيف من اضطراب الوسواس القهرى ، ونتج عنها استمرار كبير للمكاسب بعد توقف العلاج .

التعرض مقابل منع الطقوس :

تضمنت معظم الدراسات المتعلقة بفاعلية التعرض في علاج اضطراب الوسواس القهرى أيضاً منع الطقوس مما يريك بيان تأثير الأسلوبين . وحتى نفصل تأثير كل أسلوب فقد أجريت دراسة وزع فيها المرضى بطقوس الاغتسال على ثلاث مجموعات علاجية : التعرض فقط ، أو منع الطقوس فقط ، أو الجمع بينهما . وأجرى كل علاج بطريقة مكثفة (١٥ جلسة مدة كل منها ساعتان عبر ثلاثة أسابيع) وتلتها زيارة منزلية .

وعلى الرغم من أن تناقص الأعراض قد لوحظ فى كل طريقة علاجية بعد العلاج وفى مرحلة التتبع فإن العلاج الذى جمع بين التعرض والمنع كان أفضل من التعرض

وحده ومن المنع وحده في كل عرض تقريباً ، سواء أكان ذلك بعد العلاج أم في مرحلة التتبع .

وقد لوحظ أن المرضى الذين تلقوا علاج التعرض وحده قرروا شعورهم بقلق منخفض عندما ووجهوا بالملوثات التي يخافونها أكثر من المرضى الذين تلقوا منع الطقوس فقط ، في حين أن مجموعة المرضى الذين استخدمت معهم طريقة منع الطقوس فقط قرروا تناقصاً كبيراً في الدفعة القهرية إلى القيام بطقوسهم أكثر مما قرر المرضى الذين عولجوا بالتعرض فقط .

ومن ثم فقد اتضح أن التعرض ومنع الطقوس يؤثران في الأعراض بطريقة مختلفة : فالتعرض يقلل من الضيق الوسواسي في المقام الأول ، في حين أن منع الاستجابة يقلل من الطقوس أساساً .

والخلاصة التي يجب أن نستنتجها من هذه النتائج أن التعرض ومنع الطقوس يجب أن يستخدم معاً بطريقة متزامنة ، وأن العلاجات التي لا تشمل على كل من المكونين تؤدي إلى نتائج غير جيدة (Foa, et al., 1998) .

ونعرض في الفقرات التالية لكل من التعرض ومنع الاستجابة بشيء من التفصيل :

أولاً- التعرض :

تنضمن طريقة التعرض Exposure وضع الفرد في مواقف تثير الأفكار الوسواسية بقوة ، ومثل هذه المواقف - بالنسبة لكثير من الناس - من الصعب تجنبها ، مثال ذلك أن مغادرة المنزل يمكن أن تثير الأفكار الوسواسية عما إذا كان الفرد قد أغلق صنبور الغاز أو النوافذ أو الأبواب أو لم يغلقها (Bartlow & Durand, 1995,p. 200) .

وضع قائمة لمواقف التعرض :

اعتماداً على ما عرفه المعالج من المريض من تفاصيل عن وسوسه وأفعاله القهرية ، يجب أن يقوم المعالج - مع المريض - بوضع قائمة لمواقف التعرض التي يجب أن يواجهها

المريض خلال البرنامج العلاجي . ويختار من ١٠ إلى ٢٠ موقفاً تغطي المجالات الأساسية لوساوس المريض التي تسبب له الضيق . وأكثر أهمية من عدد هذه المواقف ، أن تكون ممثلة للصعوبات والمشكلات الرئيسة التي تكون هدفاً للعلاج .

ويطلب المعالج من المريض أن يحدد درجة الضيق الناتجة عن كل موقف باستخدام مقياس تقدير يشمل على وحدات (تسمى SUD) تتراوح بين صفر و ١٠٠ .

قواعد عامة لاختيار مواقف التعرض :

- ١- البنود المختارة للتعرض (أى البنود أو المواقف أو الأفكار التي تثير كلا من الضيق والدفاع للقيام بالطقوس) تختار تبعاً لتقرير المريض عن درجة إثارتها للخوف .
- ٢- يجب أن يواجه المريض هذه المواقف تبعاً لترتيب تصاعدي لصعوبتها ، مع البدء بالمواقف التي تكون متوسطة الصعوبة ، أى إنه إذا كان أعلى بند يثير ١٠٠ وحدة من الضيق ، فيفضل أن تكون نقطة البدء بالبند الذي حصل على ٥٠ وحدة .
- ٣- يجب أن يواجه المريض أكثر البنود إثارة للضيق قبل التاريخ المخطط له على أنه نهاية للعلاج بوقت كاف . ويمكن أن يشتمل الجدول النموذجي للعلاج المكثف على ١٥ جلسة تعرض خلال ثلاثة أسابيع ، بحيث يخطط لمواجهة أصعب البنود في اليوم السادس للتعرض .

- ٤- بعد مواجهة أكثر البنود صعوبة يجب أن تتضمن جلسات التعرض التالية تكراراً للتعرض لأكثر البنود صعوبة مع تقديم تنوعات لهذا التمرين . وإذا تم تعريف بنود جديدة بعد جلسات التخطيط الأولية فيجب أن تدرج في الجلسات التالية ، ويمكن أن يلغى التعرض لبند ما عندما لا يثير ضيقاً أو يثير أقل درجة من الضيق ليومين متتاليين .
- ٥- يعقد اتفاق واضح مع المريض على البنود التي تمثل العناصر المحورية للخوف الوسواسي ، والتزام المريض بمواجهة كل البنود تبعاً للجدول المتفق عليه مع المعالج . ولكن هذا الجدول ليس جامداً بل يمكن تعديله بعد ملاحظة أداء المريض في مختلف

جدول (٤٥) : حينة من بنود قائمة تعرض متصلة بالخوف من التلوث

الخوف من التلوث

- ١- لمس حفاك من فوق .
- ٢- لمس أسفل حذاك .
- ٣- اجلس على أرضية المكتب .
- ٤- لمس سداة حوض الغسيل في العيادة .
- ٥- لمس مقبض الباب في حمام العيادة .
- ٦- لمس مزلاج حجرة «الدش» في حمام العيادة .
- ٧- احط على الأرض في حمام عام .
- ٨- لمس مقبض (السفند) في حمام العيادة .
- ٩- لمس لفة ورق «التواليت» في حمام العيادة .
- ١٠- لمس غطاء مقعد المراض في حمام العيادة .
- ١١- لمس جسم المراض في حمام العيادة .
- ١٢- اجلس على مقعد المراض في العيادة وأنت لابس ملابسك .
- ١٣- اجلس على مرحاض العيادة لتبول ، استخدم ورق (التواليت) ، وشد (السيفون) بيدك .
- ١٤- اجلس على مرحاض مطعم لتبول ، استخدم ورق (التواليت) ، وشد (السيفون) بيدك .
- ١٥- اجلس على مرحاض مطار لتبول ، استخدم ورق (التواليت) ، وشد (السيفون) بيدك .
- ١٦- أخذ ما تريد شراؤه من سوق عام بعد أن سلمت باليد على شخص في الطريق .
- ١٧- سلم باليد على شخص في الطريق .
- ٢٠- ...

عن : (Kozak & Foa, 1997, p. 64f) .

النشاطات والمهام المطلوبة منه (Kozak & Foa, 1997, p. 59f) .

عينات من بنود قوائم التعرض :

يوضح جدول (٤٥) أمثلة لنماذج واقعية أوردتها «كوزاك» وفووا (Kozak & Foa, 1997, pp. 64-69) ، وقد تم تقديم هذه البنود تبعاً للترتيب التقريبي لصعوبتها المتزايدة .

ويبين جدول (٤٦) قائمة تعرض أخرى . وتتطلب الحالات الشديدة استخدام محتوى مضايق أكثر مما ورد في جدول (٤٦) .

جدول (٤٦) : نماذج من بنود قائمة تعرض متصلة بالخوف من
الضرر الصادر عن القوى فوق الطبيعية

الخوف من ضرر القوى فوق الطبيعية

- ١- فكر في الكلمات «حظ سيء» .
- ٢- انطق بصوت مرتفع كلمات «حظ سيء» .
- ٣- اكتب كلمات «حظ سيء» على ورقة .
- ٤- اكتب كلمات «حظ سيء» على ظهر يدك .
- ٥- فكر في الرقم (١٣) .
- ٦- انطق بصورة مرتفعة الرقم (١٣) .
- ٧- اكتب الرقم (١٣) على ورقة .
- ٨- اكتب الرقم (١٣) على ظهر يدك .
- ٩- ...

عن : (Kozak & Foa, 1997, p. 65) .

دوام التعرض :

يعتقد أن دوام التعرض أمر مهم بالنسبة لنتائج العلاج ، فإن التعرض المستمر والممتد أفضل من المتقطع والقصير . ما طول الزمن المناسب ؟ ليست هناك قاعدة صارمة وملزمة ، وتشير الملاحظات الإكلينيكية إلى أن التعرض يجب أن يستمر حتى يلاحظ المريض تناقصاً في الضيق أو الكرب الناتج عن الوسواس ، وفي الحقيقة فإن تناقص القلق (الاعتقاد على المنبه المضايق) في أثناء جلسة التعرض حتى أكثر العناصر مضايقة ، فضلاً عن التناقص في قمة القلق خلال الجلسات يرتبطان بالتحسن التالي لعلاج التعرض ومنع الاستجابة (الطقوس) .

وبينت الدراسات أن التعرض المستمر لمدة تستمر تسعين دقيقة تقريباً مطلوب لخفض القلق ولإتقاص الدفعة إلى القيام بالطقوس القهرية ، وتلك قاعدة مبنية على التجربة العملية ، ولكن التعرض يجب أن يستمر أحياناً أكثر من تسعين دقيقة إذا لم يشعر المريض ببعض الراحة في أثناء هذا الوقت ، أو ينتهي إذا حدث خفض كبير في الضيق أو الكرب الوسواسي في وقت أكثر تيكراً .

التعرض التدريجي والمفاجيء :

المرضى الذين واجهوا المواقف المضايقة جداً منذ بداية العلاج حققوا المكاسب نفسها التي حققها المرضى الذين واجهوا أقل المواقف مضايقة قبل أن يواجهوا أكثرها مضايقة ، ومع ذلك فيبدو أن معظم المرضى أكثر اقتناعاً بالمنهج التدريجي . وحيث إن ترحيب المرضى وموافقتهم على الإذعان لإجراءات العلاج جانب حاسم جداً في نجاح التعرض ومنع الاستجابة ، فإن المواقف ذات الصعوبة البسيطة يواجهها المريض عادة في البداية ، وتلى ذلك خطوات متعددة ذات صعوبة متوسطة ، قبل أن يتحقق التعرض لأكثر المواقف إثارة للضيق . ولكن من المهم ألا تؤخر مواقف التعرض الأكثر صعوبة حتى النهاية الأخيرة لجلسات العلاج ؛ لأن المريض لن يكون لديه وقت كاف حتى يعتاد على المواقف الأكثر إثارة للضيق (Kozak & Foa, 1997, p. 23) .

تكرار جلسات التعرض :

التكرار المثالي لجلسات التعرض غير معروف ، ولكن برامج التعرض المكثفة التي حققت نتائج باهرة تتضمن جلسات يومية عادة ، ولكن تحققت نتائج جيدة أيضاً بواسطة جلسات موزعة Spaced على زمن أطول ، وقد تكفي الجلسات الأسبوعية للمرضى ذوي الأعراض الوسواسية القهرية البسيطة ، الذين يفهمون فعلاً أهمية الواجب المنزلي homework المتعلق بالتعرض اليومي . ويشير الانطباع الإكلينيكي إلى أن المرضى الذين يعانون من أعراض شديدة أو يكشفون عن صعوبة في الإذعان للواجب المنزلي الخاص بالتعرض أو منع الطقوس يستفيدون من برنامج أكثر تكتيماً (جلسات يومية) .

التعرض بمساعدة المعالج مقابل التعرض الشخصي :

إن دور المعالج في التعرض ومنع الطقوس غير واضح ، وعلى الرغم من أن إحدى الدراسات قد وجدت أن التعرض لنموذج يقدمه المعالج لم يحسن كفاءة العلاج بوجه عام ، فإن المرضى في هذه الدراسة كانوا يفضلون الاقتداء بنموذج Modeling . وفضلاً عن ذلك تشير الخبرة الإكلينيكية إلى أن المرضى يبدو أنهم يرحبون أكثر بمواجهة المواقف المخيفة في حضور المعالج ، وقد وجد بعض المرضى الاقتداء بنموذج أمراً مساعداً .

لقد أدى تقويم حضور المعالج خلال التعرض إلى نتائج غير متسقة ، فبعض النتائج إيجابية والأخرى سلبية ، وعلى العكس من النتائج السلبية فقد اتضح أن حضور المعالج حسن كفاءة العلاج الذي تمثل في جلسة واحدة للتعرض مدتها ثلاث ساعات لمرضى يعانون من مخاوف مرضية معينة ، وذلك بالمقارنة إلى التعرض الشخصي الذي استمر المدة نفسها ، وحيث إن المخاوف المرضية المعينة - بوجه عام - أقل تعجيزاً وأسهل في العلاج من اضطراب الوسواس القهري فإننا يمكن أن نتوقع أن حضور المعالج يمكن أن يُحسن أيضاً من التعرض في اضطراب الوسواس القهري ، ويحتاج تقويم ذلك إلى دراسة جيدة الضبط مع عينة ذات حجم كبير .

استخدام التعرض التخيلي :

إن إضافة التعرض التخيلي Imaginal لبرنامج يتضمن التعرض ومنع الاستجابة في الواقع الفعلي In vivo يبدو أنه يزيد من الاحتفاظ بمكاسب العلاج لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري .

لقد ظهر أن التعرض التخيلي - من الناحية الإكلينيكية - مفيد بالدرجة الأولى للمرضى الذين تتركز مخاوفهم الوسواسية على العواقب الكارثية ولمن لديهم مخاوف لا يسهل ترجمتها إلى تمرينات تعرض في البيئة الفعلية ، كما أن إضافة التعرض التخيلي للتعرض في الواقع الفعلي يمكن أن يتغلب على طرق التجنب المعرفي التي يستخدمها المرضى الذين يتهربون من التفكير في عواقب التعرض بينما يواجهون المواقف الخفيفة في الواقع الفعلي .

والخلاصة أنه على الرغم من أن التعرض التخيلي لا يبدو أنه أساسي بالنسبة للنتائج الناجحة للعلاج فإنه يمكن أن يزيد من المحافظة على التحسن على المدى الطويل ، كما يعد عادة مساعداً ومفيداً لتمرينات التعرض في الواقع الفعلي للمرضى الذين تتركز مخاوفهم على العواقب الكارثية .

ثانياً - منع الاستجابة :

تتضمن طريقة منع الاستجابة Response prevention إيقاف السلوك القهري أو منعه فعلاً بشكل واقعي عملي ، وذلك في أثناء تعرض المريض للمواقف المضايقة المثيرة للوسواس ، ففي حالة «سالم» (انظر ص ٨٥) يمكن أن يتعرض بشكل متسق للأشياء والمواقف غير المؤذية ، والتي يفكر في أنها ملوثة ، كأنواع معينة من الطعام أو الكيماويات المستخدمة في المنزل ، وفي الوقت نفسه يقوم المعالج بمنع طقوس الغتسل والمراجعة لدى المريض .

تنفيذ منع الطقوس :

في برنامج «ماير» العلاجي كانت هيئة المستشفى تمنع المريض من تنفيذ طقوسه (مثال ذلك أن يوقف مصدر الإمداد بالماء في غرفة المريض) ، وتبعاً لذلك فقد سميت هذه الإجراءات العلاجية بـ «منع الاستجابة» (ويسمىها آخرون : منع الطقوس Ritual prevention (RP) ، ومع ذلك فإن التدخل «الجسدي» physical بوساطة الآخرين لمنع المرضى من ممارسة طقوسهم لا يعد أمراً نموذجياً أو يوصى به ، وبالإضافة إلى أن المنع الجسدي يعد أمراً استبدادياً وغير مقبول فإن هناك اعتقاداً بأن الاعتماد على هذا الأسلوب يمكن أن يحد من إمكانية التعميم إلى مواقف تخرج عن نطاق العلاج في حالة عدم وجود هيئة المستشفى لمنع هذه الطقوس .

ويدلّ من المنع الجسدي تقدم تعليمات وتشجيعا للمريض بأن يتوقف عن القيام بطقوسه ، وهذه إجراءات شائعة جداً في عملية تنفيذ منع المريض من القيام بطقوسه . ويحتاج المريض - حتى يصل إلى الحد الأقصى من التحسن - إلى التوقف الإرادي عن القيام بالطقوس بينما هو منشغل بتمرينات التعرض المبرمجة . ويتعين على المعالج أن يساعد في هذا العمل الصعب بأن يمد المريض بالعموم والمساندة والتشجيع وتقديم اقتراحات عن كيفية التوقف عن تنفيذ الطقوس في مواقف معينة (Foa, et al., 1998) .

ويعتمد العلاج المعاصر للمرضى الداخليين والخارجيين أساساً على اختيار المرضى ألا يقوموا بطقوسهم ، ومن ثم فإن منع الاستجابة يستلزم نوعاً من الامتناع Abstinence الاختياري عن الطقوس الذي يميز برامج العلاج بالتعرض لاضطراب الوسواس القهري للمرضى الخارجيين .

وحتى في البرامج اليومية المكثفة التي تستغرق فيها الجلسات ساعتين يومياً فمازال هناك ساعات كثيرة كل يوم ، يجب أن يتمتع المريض فيها إرادياً عن ممارسة الطقوس ، ومن ثم فمن الضروري على المعالج أن يحث المرضى على الامتناع عن طقوسهم ، والسبب في ذلك أنه على الرغم من أن التعرض يقلل من الضيق الوسواسي فإنه ليس فاعلاً كذلك

فى تقليل القهر ، وحتى تقلل الاندفاعات Urges إلى القيام بالطقوس فإن المريض يجب أن يحجم عن الطقوس .

وإن المراقبة الذاتية Self - monitoring لكل من الاندفاعات للقيام بالطقوس وخرق قواعد الامتناع يمكن أن يساعد المريض على أن يمنع نفسه من القيام بالطقوس . وبالإضافة إلى ذلك فإن صديقاً أو عضواً من أعضاء الأسرة مخصصاً لهذه المهمة يمكن أن يشجع المريض على مقاومة طقوسه ، بأن يقدم له ما يذكره بمنطق المقاومة Resistance وأهميتها .

لقد تمت البرهنة على أهمية الامتناع عن القيام بالطقوس القهرية ، ولكن الإجراءات اختلفت من دراسة إلى أخرى ، وتمتد من الاغتسال العادى دون إشراف إلى الامتناع الكامل عن الاغتسال لأيام عدة تحت الإشراف المستمر . ويبدو أن مستوى الإشراف لا يؤثر في نتيجة العلاج ، ولكن حزم القواعد ذاتها هو الذى يؤثر . ويميل المرضى إلى الإذعان أكثر للتعليمات الحازمة التى تحدد بدقة أن فعلاً معيناً يُعدُّ سوباً أو «طقوسياً» ، عن الإذعان للتعليمات الغامضة التى تتطلب من المريض أن يقوم بأحكام دقيقة عما هو سوى أو طقوسى ، وكذلك التعليمات التى تسمح للمريض بالقيام بطقوسه بشكل جزئى .

ويمكن للمعالج أن يساعد المرضى على التمييز بين اقتحام الوسواس وتطفلها وبين الطقوس العقلية التى تهدف إلى تسكين الوسواس . وبمجرد أن تكون هذه التفرقة واضحة فى ذهن المريض فإنه يستطيع أن يمتنع عن الطقوس العقلية ، وهذه التفرقة مهمة لأن العلاج بالتعرض يتطلب الإثارة المتعمدة للوسواس مع التجنب المنظم للطقوس (Kozak & Foa, 1997, p.24f) .

تعليمات للمريض لمنع طقوس الغسل :

- ١- فى أثناء فترة العلاج لا يسمح لك باستخدام الماء على جسمك : لا يسمح لك بغسيل يديك ، (لا شطف) ، ولا (فوط) أو ملابس مغسولة .
- ٢- استخدام الكريمات وغيرها من مواد التجميل والزينة (مسحوق الاستحمام ، مزيل العرق ... إلخ) مسموح بها ما لم نجد أن استخدام هذه الأشياء يقلل من مشاعرك بالتلوث .

٣- احلق بمأكنة حلاقة كهربية .

٤- استخدم الماء للشرب أو لتنظيف أسنانك ، ولكن احذر أن تستخدمه على وجهك أو يديك .

٥- أخذ (الدش) تحت إشراف مسموح به كل ثلاثة أيام ، المرة الواحدة لمدة عشر دقائق ، بما في ذلك غسل الشعر . الغسل (الطقوسي) المتكرر لمناطق معينة من الجسم (كالأعضاء التناسلية ، الشعر . . إلخ) خلال (الدش) ممنوع . ويجب أن يكون (الدش) مؤقتاً timed عن طريق الشخص المساند لك support person ، ولكنه لا يحتاج إلى أن يراقبك بشكل مباشر .

٦- يكون استثناء هذه القواعد نتيجة لظروف غير عادية ، مثال ذلك : الحالات الطبية التي تتطلب التنظيف ، راجع ذلك مع المعالج .

٧- فى المنزل إذا حدث لك دفعة اغتسال أو تنظيف بحيث تخشى ألا تستطيع مقاومتها ، تحدث مع الشخص المساند لك ، واطلب منه أن يظل معك حتى تتناقص الدفعة إلى مستوى يمكنك التحكم فيه .

٨- يجب أن يقدم الشخص المساند لك تقريراً إلى معالجك عما قمت به من انتهاك لمنع الاستجابة ، ويجب على هذا الشخص أن يحاول أن يوقف هذه التعديلات عن طريق الإصرار اللفظي الحازم ، ولكن دون استخدام القوة البدنية أو الجدل . ومن الممكن أن تغلق صنبور الماء بواسطة الشخص المساند إذا أعطيت موافقتك سلفاً على مثل هذا الإجراء (Kozak & Foa , 1997, p. 178) .

تعليمات للمريض لمنع طقوس المراجعة :

١- عند البدء بالجلسة الأولى للتعرض ومنع الاستجابة لا يسمح لك بأن تشغل بأى سلوك (طقوسي) .

٢- المراجعة «العادية» فقط هى المسموح بها (مراجعة واحدة لقفل الباب) .

٣- بالنسبة للبند الذى لا تراجع عادة (مثال ذلك الظروف الحالية التى يجب التخلص منها) تمتنع كل مراجعة .

٤- قد تكون هناك استثناءات في الظروف غير العادية ، ولكنك يجب أن تراجع معالجك أولاً .

٥- في المنزل ، إذا شعرت بدفعة إلى المراجعة ، وتخشى ألا تستطيع مقاومتها ، تحدث مع الشخص المساند ، واطلب منه أن يظل معك حتى تناقص هذه الدفعة إلى مستوى يمكنك التحكم فيه .

٦- يجب أن يقدم الشخص المساند تقريراً لمعالجك عما قامت به من انتهاك لمنع الاستجابة ، ويجب على هذا الشخص المساند أن يحاول أن يوقف هذه التعديلات ، ولكن دون استخدام القوة البدنية أو الجدل (Kozak & Foa, 1997, p. 179) .

وقد استخدم «لي بير» وصحبه (Bear, et al.,1988) برنامجاً على حاسوب محمول للمساعدة في العلاج السلوكي لحالة وسواس قهري تتصف بطقوس مراجعة قهرية ، وقد سجلت الحالة تحسناً في الإذعان لطريقتي التعرض ومنع الاستجابة بعد استخدام الحاسوب .

تقويم التعرض ومنع الاستجابة :

تم استكشاف العلاجات السلوكية لاضطراب الوسواس القهري في دراسات مضبوطة متعددة ، وكانت النتائج واعدة ، ولكنها لا تحقق الشفاء التام عادة . وقد استخدم في علاج اضطراب الوسواس القهري مجموعة مؤلفة من الطرق الفنية الأساسية للعلاج السلوكي وهي : منع الاستجابة ، والتعرض أو الغمر ، والاقتداء بنموذج . وهذه الطرق الفنية الثلاث جميعاً مشجعة ومقنعة ، ولكنها لا تجبر المريض على تحمل المواقف المزعجة .

مثال ذلك أن هذه الطرق استخدمت لعلاج مريض لديه أفكار وسواسية تلتخص في أنه يمكن أن يتلوث بالجراثيم ، ونتيجة لذلك فقد كان يقضي أربع ساعات في اليوم لغسل نفسه . وقد لاحظ أولاً أن المعالج يلوث نفسه بالقذارة (اقتداء بنموذج) ، ومن ثم شجعه المعالج على أن يدعك القذارة على جسمه كله (الغمر) ، ويتحملها دون غسلها (منع

الاستجابة) . ويعد مجموعة من الجلسات من تغطية نفسه بالقاذورات ، ومجرد الجلوس دون غسلها ، تناقصت أفكار التلوث ، ولم تعد تحدث طقوس الغسل في حياته اليومية .

وفي هذه الحالة فإن غمر المريض ومنعه من غسل القذارة شفت الفعل القهرى . وبالإضافة إلى تاريخ حالات كهذه أجريت ست دراسات مضبوطة لمنع الاستجابة والغمر والاقتداء بنموذج لدى مرضى الوسواس القهرى ، وكشفت هذه الدراسات تحسناً ملحوظاً في ثلثي حالات المرضى تقريباً . كما بين تتبع هذه الحالات مدة طويلة بلغت ست سنوات أن المرضى حافظوا على تحسنهم جميعاً فيما عدا ١٠٪ منهم .

والعلاجات السلوكية محددة ونوعية في آثارها ، فقد تناقص كل من : الأفكار الوسواسية ، والطقوس القهرية ، والقلق ، ولكن لم يظهر أن كلاً من الاكتئاب ، والتوافق الجنسي ، والتناسق الأسرى قد استفادت بوضوح . ولكن هذه النتائج ليست نهائية مع ذلك ؛ لأن عدداً قليلاً جداً من المرضى فقدوا تماماً الأعراض التي كانوا يشعرون بها ، أو أصبحوا يقومون بوظائفهم بطريقة جيدة في كل مجالات الحياة عند تتبعهم . وفضلاً عن ذلك فإن عدداً تبلغ نسبته من ٢٠٪ إلى ٣٠٪ تقريباً أخفقوا تماماً في التحسن .

لماذا يصلح كل من الغمر ومنع الاستجابة والاقتداء بنموذج في علاج الوسواس القهرى ، وما أهم عناصرهما الحساسية والمؤثرة ؟ لقد دلت التجارب العملية على أن الغمر ومنع الاستجابة يزيل استجابة التجنب ويجعلها تتلاشى بشكل ثابت ، فإذا تم منع فأر من القيام باستجابات التجنب التي اعتاد عليها ، وذلك بوضع حاجز يعترض طريقه إلى الأمان (منع الاستجابة) ، بينما يجلس الفأر ويستمع إلى إشارة تنبأ بحدوث الصدمة (الغمر) ، فإن السلوك التجنبي يتلاشى . وفي المحاولات التالية ، حتى عندما يكون الفأر حراً ليهرب فإنه سيجلس ساكناً خلال الإشارة . ويقوم منع الاستجابة بتعريض الفأر بقوة إلى حقيقة أن الإشارة لم تعد تليها الصدمة ، ومن ثم فلا يتعين عليه أن يقوم بالاستجابة حتى يكون آمناً . وهذا ما أكدته تجارب «سيليجمان» عن العجز المتعلم Learned helplessness .

فلنعد مرة ثانية إلى الرجل الذى يغسل نفسه مدة أربع ساعات في اليوم ، إن لديه وسواساً بأن مرضاً مربعاً معيناً يمكن أن يصيبه إذا لم يغسل جسمه ، فعندما يحثه المعالج على أن يواصل كونه قذراً دون غسل ، فإن أفكاره الوسواسية عن المرض تضعف ، وتختفى طقوسه القهرية الخاصة بالغسل . ما الذى تعلمه خلال العمر ومنع الاستجابة ؟

إن تغطية المريض لنفسه بالقذارة ، ثم عدم الغسل ، يلاشى خوفه من أن القذارة يمكن أن تؤدي إلى المرض . والمنبه الشرطى هو القذارة ، والمنبه غير الشرطى المتوقع هو المرض . إنه يتلقى تعرضاً قوياً للقذارة دون أن يصبح مريضاً ، ويحدث الانطفاء أو التلاشى التدريجي (البافلوفى) . وفضلاً عن ذلك فإنه يتعلم أن المرض لا يحدث على الرغم من أنه لم يغسل . وهذا إجراء إطفاء وسيلى Instrumental extinction للطقوس القهرية للغسل . ومن ثم فإن العمر ومنع الاستجابة يمكن أن يؤثر السببين :

١- أن نبين للمريض أن الحادث المفزع لم يحدث في الموقف الخفيف (التلاشى أو الانطفاء على طريقة بافلوف) .

٢- أن نوضح للمريض بأنه لم يحدث حادث مفزع على الرغم من أن الطقوس القهرية لم تنفذ (التلاشى أو الانطفاء الوسيطى للقهر) (Rosenhan & Seligman , 1995, p. 278f) .

فاعلية التعرض ومنع الاستجابة :

تعد نتائج التعرض ومنع الاستجابة لعلاج الوسواس القهرى واعدة إلى حد بعيد ، فقد نجحت في نسبة تتراوح بين ٦٠ و ٧٥٪ من كل الحالات (Kaplan & Sadock , 1991, p. 408) . كما بينت إحدى الدراسات أن طريقتى التعرض ومنع الاستجابة معاً نجح عنهما تحسن لدى نسبة تراوحت بين ٦٥٪ ، و ٧٥٪ تقريباً من بين مائتى مريض باضطراب الوسواس القهرى . ويبدو أن العلاج السلوكى الذى يستخدم الإجراءات الفنية لطريقتى التعرض ومنع الاستجابة معاً يؤدي إلى نتائج أفضل في علاج اضطراب الوسواس القهرى من العقاقير المضادة للاكتئاب . ولكن يبقى أن نختبر إذا ما كان استخدام مزيج من

العقاقير والعلاج السلوكي أكثر فاعلية من كل من الطريقتين وحدهما . ومن الممكن كذلك الربط بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي (Nevid, et al., 1997, p. 229) .

ومنذ نشر «ماير» تقاريره الأولى عام ١٩٦٦ عن فاعلية التعرض ومنع الاستجابة فقد بينت دراسات متعددة استخدمت عينات ضابطة أو لم تستخدم أن معظم المرضى الذين أكملوا طريقتي التعرض ومنع الاستجابة واصلوا التحسن عند تبعهم بعد العلاج . وقد دل مسح لنتائج اثنتي عشرة دراسة (ن=٣٣٠) أن من بين من أكملوا العلاج توجد نسبة ٨٣٪ استجابوا في الحال بعد العلاج . ووصلت هذه النسبة إلى ٧٦٪ في عرض لست عشرة دراسة (ن=٣٧٦) ، كان متوسط تتبع الحالات فيها ٢٩ شهراً (Foa, et al., 1998) .

وفي دراسة مهمة تم تتبع مجموعة من مرضى الوسواس القهري مدة ثلاث سنوات ونصف سنة بعد علاجهم بطريقتي التعرض في مواقف الحياة الطبيعية ومنع الاستجابة . وحقق ٨٤٪ من المرضى بعد العلاج «تحسناً» أو «تحسناً كبيراً» ، ولم تحدث انتكاسات حتى هذه المدة (٥، ٣ سنة) . ويشير ذلك إلى أن طريقتي التعرض في مواقف الحياة الطبيعية ومنع الاستجابة ناجحتان في علاج اضطراب الوسواس القهري (Visser, et al., 1992) .

وورد في مرجع حديث (Steketee & Pigott, 1999, p. 3) أن من ٨٠٪ إلى ٩٠٪ ممن عولجوا بالعلاج السلوكي كشفوا عن تحسن ظاهر (ملحوظ) وأن ٧٥٪ برهنوا على تحسن طويل الأمد ، ولكن ٢٠٪ يتكسون .

تأثير التعرض ومنع الاستجابة في تركيب الدماغ ووظائفه :

أجرى «لويس باكستر» وزملاؤه عام ١٩٩٢ دراسة مهمة ، حيث عالجوا عدداً من المرضى علاجاً سلوكياً معرفياً من المعروف أنه فاعل مع حالات اضطراب الوسواس القهري ، وهو التعرض ومنع الاستجابة ، وقاموا بتصوير الدماغ قبل تلقي العلاج ثم بإعادة تصويره بعد انتهاء العلاج . وقد اكتشف «باكستر» وزملاؤه أن دائرة الدماغ Brain circuit قد تغيرت ورجعت عادية نتيجة للعلاج النفسي . وهذه النتيجة

الرائدة ذات أهمية واضحة في مجال الأمراض النفسية ، وأدت إلى التساؤل : هل يغير العلاج النفسي من دوائر الدماغ ؟ إن الحاجة ماسة إلى كثير من الدراسات حتى يجاب عن هذا السؤال ، ولكن نتائج «باكستر» وصحبه تمثل أحد تيارات هذا الدليل الذي يؤكد التأثير القوي للعوامل النفسية والاجتماعية على تركيب الدماغ ووظائفه (Barlow & Durand, 1995, p.59) .

كما قارن «باكستر» وصحبه عام ١٩٩٢ بين عقار «فلوكسيتين» (بروزاك) ومنع الاستجابة ، واتضح أن تحسن اضطراب الوسواس القهري بكلا النوعين من العلاج يرتبط بالتغيرات ذاتها في وظائف الدماغ ، أى : خفض النشاط الأيضى في النواة المذنبة (ذات الدليل) Caudate nucleus ، والتي يرتبط نشاطها الزائد باضطراب الوسواس القهري (Davison & Neale, 1996, p. 155) .

العلاج المعرفي

المنحى المعرفي مدخل مهم لفهم أسباب اضطراب الوسواس القهري (انظر الفصل الثاني عشر) ، ومن المتوقع أن تنبع منه طريقة أو طرق علاجية معرفية محددة . ولكن العلاج المعرفي للوسواس القهري يواجه مشكلات عدة ، وتعد نتائجه متضاربة أو على الأقل ليست أفضل من الإجراءات السلوكية : التعرض ومنع الاستجابة .

ولكن «بول سالكوفسكس» (Salkovskis, 1989) وهو متخصص في المنحى المعرفي ، يوضح أن الاستراتيجيات المعرفية يمكن أن تستخدم بالاشتراك مع التعرض ومنع الاستجابة ، كما أن هناك مجالا ضيقا لاستخدام العلاج المعرفي منفصلا عن التعرض . وتظهر الحاجة إلى إضافة الطرق المعرفية للعلاج السلوكي للمشكلات الوسواسية - في المقام الأول - من جراء الحدود أو التقيد الذي لا يتعداه العلاج السلوكي نتيجة للقبول الضعيف للعلاج وضعف معدلات الإذعان له . ومع ذلك فمن المشجع أن نلاحظ أن «إميلكامب» وصحبه قد تمكنوا من البرهنة على أن الإجراءات المعرفية فاعلة كعلاج التعرض سواء بسواء في محاولتين علاجيتين مضبوطتين ، ولو أن «كوزاك ، وفووا»

(Kozak & Foa, 1997, p. 26f) يتقدان هذه التجارب ، ويذكران أن هناك دليلاً كافياً على أن العلاج المعتمد على التعرض يعد علاجاً سلوكياً معرفياً ، وهو ما يسميان به طريقتهما التي نشرت في برنامج عملي ، ويضيفان أن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات للتأكد من أن إجراءات العلاج المعرفي المعروفة (كتعرف الأفكار التلقائية ومثيراتها ، والتحدى العقلاني للأفكار التلقائية) يمكن أن تضيف إضافة قوية إلى علاج اضطراب الوسواس القهري .

إن العمل في مجال العلاقة بين الأفكار السوية المقتحمة للعقل ، والسلوك الوسواسي ، والمزاج قد فتحت مجالاً مثيراً للتطور ، بما يشير إلى أن فهم أساس المشكلات الوسواسية يمكن أن يحسن فهم مدى آخر من المشكلات النفسية ، هذا فضلاً عن إمكانية فهم جوانب أوسع بكثير في الوظائف المعرفية لدى الجمهور غير المريض .

العلاج السلوكي المعرفي

إن استخدام العلاج المعرفي وحده في مجال اضطراب الوسواس القهري ليس شائعاً كثيراً ، ولكن الاستخدام الشائع للجوانب المعرفية يتم على شكل مناقشة المعالج للتفكير المختل وظيفياً والمعتقدات الخاطئة في جلسات التعرض بوصفه جزءاً من منطق العلاج بالتعرض ، وتسبق مناقشة المعتقدات الخاطئة وتصاحب التعرض ولا تتنافس معه (Foa, et al., 1998) .

كما يستخدم العلاج المعرفي - مع السلوكي - كى يقدم المعالج للمريض نموذجاً للتعامل مع المشكلات بشكل أكثر فاعلية ، فإن تنظيم الفكرة (الأجندة) ، ووضع الأولويات ، والتركيز على موضوع واحد في وقت واحد هو مجال لتعليم المريض الوسواسي تنظيم حياته بشكل أكثر كفاءة ، ويمكن استخدام كسل من جداول النشاط Activity schedule ، والسجل اليومي للأفكار المسببة للاضطراب The Daily Record Dysfunctional Thoughts (Freeman, Pretzer, Fleming, & Silman, 1990, pp.259. 264) .

برنامج «كوزاك ، وفووا» السلوكي المعرفي

للسيطرة على اضطراب الوسواس القهري

وضع «كوزاك» وزميلته «فووا» (Kozak & Foa, 1997) برنامجاً علاجياً مفصلاً يستخدم طريقتي التعرض ومنع الاستجابة موجهاً للمعالج ، وقد كتب (Foa & Kozak, 1997) كتاباً موجهاً للمريض ، يذكران فيه أنه على الرغم من أن الأفكار الأساسية (التعرض والامتناع عن الطقوس) التي تكمن وراء برنامج العلاج ليست صعبة الفهم كثيراً ولكن من السهل عادة أن تنفذ البرنامج كما يجب أن تفكر فيه ، ويقدمان في الفصل السادس (ص ص ٧٥-٨٠) بعض المبادئ العامة المهمة ، ومنها ما يلي :

تطوير الشجاعة لمواجهة المنبهات المخيفة :

أحد الأشياء التي يمكن أن تكون صعبة في هذا البرنامج أن يقوم المريض بتنفيذ تمارين التعرض . وإذا وجدت أنك تشعر بعدم الترحيب بمحاولة القيام بواحد أو أكثر من التدريبات لأنك قلق بالنسبة له ، فإن أحد الأمور التي تجعلك تقوم به أن تذكر نفسك بالسبب وراء القيام بهذه التدريبات .

تذكر أنه لأمر أساسي بالنسبة لك أن تواجه المواقف المخيفة على الرغم من أنها مواقف مضايقة ، وإذا أردت أن تصل إلى الراحة والفرج عن طريق هذا البرنامج فيجب ببساطة أن تنفذ هذه التدريبات ، فإن التوقف عنها سيبطئ من تقدمك وتخلصك من هذه الأعراض الوسواسية القهرية ، وقد يوقف التقدم نهائياً .

ويقدم جدول (٤٧) سجلاً يطلب من المريض أن يسجل فيه أهم البيانات عن الطقوس القهرية .

وبعد شفاء المريض ، يقدم «كوزاك ، وفووا» توجيهات له بعد تحقيق الشفاء في كل من الاغتسال والمراجعة ، وهما النوعان الأساسيان للاضطراب .

توجيهات عامة لسلوك الاغتسال الطبيعي :

- ١- لاتزد على «دش» واحد في اليوم لمدة عشر دقائق .
 - ٢- لاتزد على خمس مرات لغسل يديك يومياً ، كل مرة مدة ثلاثين ثانية .
 - ٣- أقصر غسل يديك على الأحوال الآتية :
- أ- قبل الأكل .

ب- بعد استخدام الحمام .

- ج- بعد الإمساك بأشياء دهنية أو الأشياء القذرة بشكل واضح .
- ٤- استمر في أن تعرض نفسك متعمداً وبشكل أسبوعي على أشياء أو مواقف كنت معتاداً على أنها تسبب لك الاضطراب .
 - ٥- إذا ظلت الموضوعات أو المواقف مسببة للضيق إلى حد ما عرض نفسك لها مرتين أسبوعياً .
 - ٦- لاتتجنب المواقف التي تسبب لك بعض الضيق ، وإذا اكتشفت ميلاً لتجنب موقف ما ، اجعله هدفاً للمواجهة المتعمدة على الأقل مرتين في الأسبوع (Kozak & FOB, 1997, p. 180) .

جدول (٤٧) : المراقبة الذاتية للطفوس

الطفوس التي يجب مراقبتها :

(١)

(٢)

(٣)

سجل في العمود الثاني الموقف أو الفكرة التي تثير فعلاً (طقسا) قهريا ، اكتب في العمود الثالث الفعل (الطقس) القهري ، واكتب في العمود الرابع عدد الدقائق التي قضيتها في تنفيذ الفعل القهري ، وسجل في العمود الأخير مستوى الضيق باستخدام مقياس (SUD) الذي يتكون من مدى يتراوح بين صفر ، و ١٠٠ .

تابع جدول (٤٧) :

الزمن	الموقف أو الفكرة التي تثير الفعل القهرى	الفعل القهرى	الدقائق	درجة الضيق من صفر - ١٠٠
٦-٧ صباحاً				
٧-٨				
٨-٩				
٩-١٠				
١٠-١١				
١١-١٢				
١٢-١ بعد الظهر				
١-٢				
٢-٣				
٣-٤				
٤-٥				
٥-٦				
٦-٧				
٧-٨				
٨-٩				
٩-١٠				

توجيهات عامة لسلوك المراجعة الطبيعي :

- ١- لا تكرر أكثر من مرة واحدة أي مراجعة لموضوعات أو مواقف كنت معتاداً على أنها تثير لديك دفعة للمراجعة .
- ٢- لا تراجع ولو مرة واحدة المواقف التي نصحتك معالجك بأنها لا تتطلب المراجعة .

٣- لا تتجنب المواقف التي تثير دفعة للمراجعة ، فإذا اكتشفت في نفسك ميلاً إلى التجنب واجه هذه المواقف متعمداً مرتين في الأسبوع ، وتدريب على التحكم في نفسك بالامتناع عن المراجعة .

٤- لا تتدخل عن مسؤولية المراجعة للأصدقاء أو أفراد الأسرة حتى تتجنب المراجعة (Ibid, p.181) .

مقارنة بين طرق علاج الوسواس القهري

قدمت الطرق المعرفية والسلوكية والنماذج الحيوية الطبية علاجات حسنت مآل مرضى الوسواس القهري ، وحسنت من فرص تحسنهم ، إن التعرض ومنع الاستجابة يقللان الوسواس والقهر في أكثر من نصف حالات مرضى الوسواس القهري ، ويدوان استفادتهم من هذا العلاج المعرفي السلوكي تدوم زمناً طويلاً . والكلوميبرامين يقلل الوسواس والقهر في أكثر من نصف الحالات كذلك ، ولذلك فإن كلا العلاجين أكبر فاعلية بكثير من العقار الزائف Placebo .

ما العلاج الذي يفضل اختياره؟

إن الدلائل ليست مؤكدة بعد ، والحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات التي تقارن بشكل مباشر بين العلاج السلوكي والكلوميبرامين ، وكلاهما معاً مقارنة بالعقار الزائف ، باستخدام عدد كبير من الحالات ، مع تتبعهم على مدى طويل . ولكن الدليل المتوافر يشير إلى أفضلية العلاج السلوكي ، وذلك باستخدام محكين هما :

١- استفادة المريض في نهاية العلاج .

٢- مقدار الانتكاس عند توقف العلاج .

إلى أي مدى تحدث الفائدة للمرضى من العلاج بأى من العقار أو العلاج السلوكي؟ في ملخص لست عشرة دراسة شملت أكثر من ثلاثمائة مريض بالوسواس القهري عولجوا بالعلاج السلوكي ، حكم على ٨٣٪ بأنهم «تحسنوا» في نهاية العلاج ، و٧٦٪

مايزالون يتحسنون خلال فترة تتبع متوسطها عامان ونصف عام . وذلك بالمقارنة إلى متوسط تحسن يتراوح بين ٥٠٪ ، و ٦٠٪ تحسن لمن عولجوا بعقار الكلوميبرامين ؛ ولذلك فإن هناك أفضلية ضئيلة في الاستجابة للعلاج لأولئك الذين عولجوا بالعلاج السلوكي .

على أن الدليل واضح جداً عما يحدث عند التوقف عن تعاطي الكلوميبرامين ، فتحدث انتكاسة شديدة ، مثال ذلك أن الكلوميبرامين أحدث - على الأقل - تحسناً معتدلاً لدى ٥٥٪ من اثنين وعشرين مريضاً بالوسواس القهري ، ومع ذلك فعند تتبع هؤلاء المرضى فإن كل الحالات الست التي أوقفت العقار انتكست ، وعلى العكس من ذلك فإن من عولجوا بالعلاج السلوكي لم يكشفوا عن انتكاس كثير لدى توقف العلاج .

ويوجه عام إذا نظرنا إلى مقدار كل من التحسن والانتكاس ، فيبدو أن العلاج السلوكي أفضل من الكلوميبرامين (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 280) .

ويشير مرجع أحدث (Steketee & Pigott, 1999, p.3) إلى أن من ٧٠٪ إلى ٩٠٪ ممن تلقوا علاجاً بالعقاقير فقط انتكسوا خلال بضعة أسابيع بعد التوقف عن استخدام العقار .

أهم مشكلات علاج الوسواس القهري

ينجم عن علاج الوسواس القهري بالعقاقير نتائج لا بأس بها ، كما أن لهذه الطريقة ميزة السهولة واليسر التي يتم بها تناول العقار (كأى دواء آخر) ، ولكن المشكلة هنا تكمن في جانبين هما : الآثار الجانبية للعقار ، وانتكاس حالة المريض بعد توقف تعاطيه للدواء . فأمّا العلاج السلوكي للوسواس القهري فإن نتائجه أفضل من العقار ، ولكن المشكلة الأساسية فيه مقاومة المريض له ، وحيث إن هذا العلاج يعتمد - في المقام الأول - على «تعاون» المريض ، لذا فإن هذه المشكلة تهدم العلاج من أساسه ، وقد اتضح أن نسبة من المرضى تتراوح بين ٢٠ و ٣٠٪ مستمرة في مقاومة العلاج (Rasmussen & Eisen, 1989) .

إن رفض الدخول طلباً للعلاج والانسحاب من العلاج مشكلات واضحة لكل أنواع العلاج المستخدمة في اضطراب الوسواس القهري ، لأن مرضى الوسواس القهري يميلون إلى الماطلة والتسويف ، والخوف من التغيير ، كما يقلقون بشدة من الآخرين الذين يتحكمون فيهم ، وكلها خصال يمكن أن نتوقع أن تولد مشكلات خاصة للطرق التي نجاهر بالتدخل في تصرفات المريض وأعراضه ، ونحاول تغييرها مثل العلاج السلوكي .

وأحياناً تكون السيطرة على الطقوس الوسواسية القهرية ممكنة فقط في داخل المستشفى ، لقد قام «فيكتور ماير» Meyer - وهو خبير سلوكي رائد ومشهور في علاج الأفعال القهرية - بتكوين بيئة مضبوطة في مستشفى «ميدل سكس» في لندن ، وتلقى أفراد هيئة التمريض والعلاج فيها تدريباً خاصاً لتقيد فرص المريض وتضييقها للنشغال بالأفعال الطقوسية الوسواسية والقهرية .

ويتطلب تعميم العلاج من المستشفى إلى المنزل اشتراك أعضاء الأسرة ، ويكفي أن نقول : إن إعدادهم لهذا العمل ليس عملاً هيناً ، إذ يتطلب مهارات ورعاية فائقة فضلاً عن معرفة بالطرق الفنية السلوكية التي يجب أن تستخدم (Davison & Neale, 1996, p. 154) .

موجز القول إنه متاح الآن طرق متقدمة وناجحة إلى حد بعيد لعلاج اضطراب الوسواس القهري ، وأهمها العقاقير والعلاج السلوكي المعرفي ، ولقد رأينا الآثار الجانبية للعقاقير فضلاً عن عواقب التوقف عن تعاطيه ، يبقى إذن العلاج السلوكي المعرفي ، ولكنه في أمس الحاجة إلى تعاون المريض وقوة إرادته ورغبته في الشفاء .

ملخص

تتاح طرق عدة لعلاج اضطراب الوسواس القهري ، أولها : العلاج بالعقاقير ، وتستجيب هذه الاضطرابات للعقاقير التي تكفي إعادة امتصاص أو تمثل السيروتونين في المخ (وهو ناقل عصبي) ، ومن أشهرها «البروزاك» وهو مضاد للاكتئاب . وفيه هذا العلاج نحو ٦٠٪ من المرضى ، ولكن يحدث الانتكاس عند التوقف عن تعاطي العقار ،

هذا فضلاً عن الآثار الجانبية المزعجة لبعض العقاقير .

وأما الجراحة النفسية وهي نوع خاص من جراحة المخ فهي أيضاً بديل متاح ، وبخاصة للحالات الشديدة من المرض . والإجراء الجراحي المستخدم حالياً يسمى الاستئصال الطوقي ، ويتلخص في تدمير مسافة تتراوح بين ٢ ، و ٣ سم من المادة البيضاء في الطوق (منطقة في المخ قريبة من الجسم الجاسي) . ولكن النتائج بعيدة عن أن تكون حاسمة ، ويجب النظر إلى التدخل الجراحي على أنه الملاذ الأخير .

وقد أثبت العلاج بالتحليل النفسي أنه غير فاعل في هذا المجال ، على العكس من العلاج السلوكي الذي يؤدي إلى نتائج أفضل بكثير ، ويعتمد على طرق فنية متعددة أهمها التعرض للمثيرات الوساوسية ، والمنع الحازم للطقوس القهرية ، وقد اتضح أن التعرض يقلل من الضيق الوساوسي ، أما منع الاستجابة فيقلل من الطقوس ، وأن الجمع بينهما ضروري . وقد تحتاج الحالات الشديدة إلى أن تقيم بالمستشفى فترة العلاج ، والنتائج واعدة إلى حد بعيد .

ويستخدم الآن العلاج المعرفي مع العلاج السلوكي في وحدة واحدة تتعامل مع مختلف جنبات الاضطراب ، وتتاح برامج سلوكية معرفية كثيرة منها برنامج «كوزاك- فووا» للسيطرة على اضطراب الوسواس القهري .

وهناك منحنى يجمع بين العلاج السلوكي المعرفي والعقاقير . ولكن إذا كان لابد من التفضيل بينهما فإن العلاج الأول أفضل من العقاقير اعتماداً على معياري التحسن والانتكاس .

* * *

خاتمة

شعاع من الأمل قوى

عرضنا في الفصول السابقة لختلف جوانب اضطراب الوسواس القهرى ، ولتذكر حقيقة مهمة مفادها أن بعض الأعراض (أو السمات) الوسواسية والأفعال أو الطقوس القهرية قواسم مشتركة بين البشر كافة ، فالوسواس والقهر يوجدان لدى الجميع - بما فيهم الأسوياء - بدرجات متفاوتة بطبيعة الحال .

وكثيراً ما ينجح الإنسان في التعايش مع الدرجة المنخفضة من هذه الأعراض والسمات ، ولكن تزايد حدة هذه الأعراض أو شدتها ، وتأثيرها في حياة الإنسان المهنية والاجتماعية ، وإحداثها للضيق وكرب شديدتين من جرائها يحتم التدخل العلاجي ، وطلب المشورة من المتخصصين المؤهلين . ولكن يتبادر إلى الذهن سؤال مهم : متى يمكن لأى منا أن يعالج نفسه من مثل هذه الأعراض ؟ هذا ما نعرض له في الفقرة التالية .

العلاج الذاتى

من الممكن لبعض الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس القهرى أن يعالجوا أنفسهم ، وبرهنت على ذلك دراسات حديثة أجريت فى مستشفى كبير في لندن ، فقد اتضح أن بعض المرضى الذين قاموا بعلاج أنفسهم أجروا علاجاً جيداً كالذين عالجهم المعالج سواء بسواء ، ولكن في مثل هذه الحالة فإن قياس الاضطراب وتحديد مستواه ، فضلاً عن النصيحة الأولية ، ورسم الخطة تأتى من المعالجين المؤهلين المتمرسين . هل يمكنك أن تقوم بالأمر كله بنفسك من البداية حتى النهاية ؟ إذا لم تكن المشكلة شديدة جداً ، وإذا لم تكن هناك تعقيدات أخرى فإن الأمر فعلاً غير مستحيل .

إن ما محتاجه في هذا المجال هو التزام وتعهد بالعلاج المخطط ، ومدخل منظم للمساءلة ، وإذا كنت مكتسباً بدرجة خطيرة فإنك يجب ألا تحاول أن تفعل ذلك بنفسك ،

كما أنك إذا كنت معتاداً على تعاطي كمية كبيرة من الخمر أو العقاقير مثل البنزوديازيبينات فيجب ألا تحاول علاج نفسك دون استشارة طبيبك أولاً . كما أن طبيعة المشكلة مهمة كذلك ، فإن الطقوس الواضحة والظاهرة ، والسلوك التجنبي الواضح جيد التحديد من المحتمل أن تكون أكثر قابلية للعلاج الذاتي بالمقارنة إلى اجترار الأفكار المتواصل أو الطقوس العقلية المعقدة . إنك تحتاج إلى أن تقرر أن أعراضك وشكاواك هي ذلك النوع من المشكلات التي يمكنك أن تعالجها بنفسك، (de Silva & Rachman, 1998, p. 116) . وعلى الرغم من إمكانية استخدام العلاج الذاتي فإن الحاجة ماسة إلى معالج متمرس يقوم - على الأقل في البداية - بقياس الأعراض وتقديرها ، ويقدم لك النصيحة والمشورة ، ويرشدك إلى خطة محددة . كما أن هناك وضعاً آخر يحتم العلاج الذاتي هو أن يكون المعالج الخبير غير متاح لك (انظر لتفصيل القول عن العلاج الذاتي : عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ ، الفصل التاسع) .

شعاع من الأمل

إن تشخيص اضطراب الوسواس القهري أسهل بكثير من علاجه ، وعلى الرغم من مشكلات العلاج فإن نتائج الدراسات المتراكمة تشير إلى أن هناك قدراً معيناً من التفاؤل بالنسبة لسير المرض ، فمن الواضح أن الشفاء التلقائي Spontaneous remission يحدث ، وأن كثيراً من المرضى يتحسنون بمرور الوقت (Jenike, 1983) . والشفاء التلقائي هو تحسن حالة المريض دون أي شكل من أشكال العلاج . وتتراوح معدلات الشفاء التلقائي تبعاً لدراسات كثيرة بين ٢٥٪ ، و ٧١٪ (Steketee & Pigott, 1999, p. 3) . وهذه معدلات تمنح مزيداً من الأمل .

ويجب أن نتذكر أن اضطراب الوسواس القهري حالة قابلة للعلاج ، وأن كثيراً من المتقدم قد حدث في العقود الثلاثة الأخيرة في مساعدة الناس في التغلب على هذه المشكلات ، وقد تمت مساعدة كثير جداً من الناس الذين عانوا من هذا الاضطراب ، وأن هؤلاء الناس يمارسون الآن حياة سوية طبيعية . فبالمشورة الجيدة ، والعلاج المناسب ،

وجهدك الشخصي ، يمكنك أن تتغلب على اضطراب الوسواس القهري (de Silva & Rachman, 1998,p. 122).

ومن الأهمية بمكان في هذا المقام أن نؤكد ضرورة توافر سمات مهمة في شخصيتك ، سمات التفاؤل والتصميم والإرادة والرغبة الحقة في التغيير ، هذا فضلا عن الدور المهم الذي يجب أن تقوم به الأسرة للتعجيل بالشفاء . وتذكر دوما قول الشاعر العربي (الطغرائي) :

أعلل النفس بالأمال أرقبها ما أضيق العيش لولا فسحة الأمل

* * *

المراجع

- ابن قدامة المقدسى (١٤٠٧هـ). ذمّ الموسوسين . تحقيق : أبى الأشبال الزهيرى حسن بن أمين آل مندوه ، القاهرة : الفاروق الحديثة للطباعة والنشر ، ومكتبة التوعية الإسلامية .
- أحمد عكاشة (١٩٧٦) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢) . استخبارات الشخصية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ط ٢ .
- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢) . دليل تعليمات المقياس العربى للوسواس القهرى . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
- أحمد محمد عبد الخالق ، وبدر محمد الأنصارى (١٩٩٥) . التفاوض والتشاور : دراسة عربية في الشخصية . المؤتمر الدولى الثانى للإرشاد النفسى . جامعة عين شمس ، ٢٥-٢٧ ديسمبر ١٩٩٥ ، المجلد الأول ، ص ص ١٣١-١٥٢ .
- أحمد محمد عبد الخالق ، وسامر جميل رضوان (٢٠٠٢) . مدى صلاحية المقياس العربى للوسواس القهرى على عينات سورية . دراسات نفسية ، ١٢ (١) ، ٤٣ - ٦١ .
- أحمد محمد عبد الخالق ، وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٥) . الوسواس القهرى : دراسة على عينات سعودية . دراسات نفسية ، ٥ (١) ، ١-١٧ .
- أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النبال (١٩٩٠) . الوسواس القهرى وعلاقتها بكل من القلق والخوف والاكتئاب . مجلة كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية ، ٣٨ ، ٥٤٣-٥٧٥ .
- أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النبال (١٩٩٢هـ) . فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية . دراسات نفسية ، ٢ (١) ، ٥٧-٧٤ .
- أحمد محمد عبد الخالق ، ومايسة أحمد النبال (١٩٩٢هـ) . اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق والوسواس . بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس فى مصر . الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، ص ص ٣٣-٤٩ .

- السيد محمد عبد الغنى (١٩٩١). الأبعاد الأساسية للشخصية: دراسة في النمو . رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية .
- توفيق عبد المنعم توفيق (٢٠٠٠). الوسواس القهرى : دراسة على عينات بحرينية . مجلة علم النفس ، العدد ٦٥ ، السنة ١٤ ، ص ص ٦٤ - ٧٧ .
- رييويورت ، ج. ل. (١٩٨٩). بيولوجيا الوسواس والأفعال القهرية . الكويت : مجلة العلوم ، ١١(٦) ، ٥٩-٦٧ .
- روبرت مولسو (١٩٩٦). علم النفس المعرفي . ترجمة : محمد نجيب الصبوة ، ومصطفى محمد كامل ، ومحمد الحسانين الدق . الكويت : شركة دار الفكر الحديث .
- صفوت فرج (١٩٩٩). العلاقة بين سمات الشخصية والوسواس القهرى . دراسات نفسية ، ٩(٢) ، ١٩١-٢٢٤ .
- عادل شكري محمد كريم (١٩٩١). نمط «أ» للشخصية وعلاقته ببعض المتغيرات : دراسة عاملية إكلينيكية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية .
- عادل شكري محمد كريم (١٩٩٨). المكونات العائلية للتفاوت والتشاور وعلاقتهما بالوسواس القهرى : دراسة عاملية مقارنة . مجلة الآداب والعلوم الإنسانية ، جامعة المنيا ، ٢٧ ، ١١-٧٨ .
- عبد الرقيب أحمد البحيرى (١٩٨٤). قائمة مراجعة الأعراض SCL-90 . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكى المعرفي الحديث : أساليبه ومبادئ تطبيقه . القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع .
- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨). الاكتئاب : اضطراب العصر الحديث ، فهمه وعلاجه . الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب : عالم المعرفة .
- عويد سلطان المشعان ، وفريق عويد العزى (١٩٩٦). الاضطرابات النفسية لدى الأسرة

- الكويتية بعد العدوان العراقي . دراسات نفسية ، ٦(٣) ، ٣٣١-٣٥٣ .
- فريح عويد العنزي (١٩٩٧) . الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين . دراسات نفسية ، ٧(٢) ، ١٨١-٢٢٤ .
- كولز (١٩٩٢) . المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكي . ترجمة : عبد الغفار الدماطي ، وماجدة حامد ، وحسن على حسن ، مراجعة : أحمد عبد الخالق ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
- لويس كامل مليكة (١٩٧٤) . كراسة تعليمات اختبار الشخصية المتعدد الأوجه . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- مجمع اللغة العربية (١٩٨٥) . المعجم الوسيط . القاهرة : مجمع اللغة العربية ، ج ٢ .
- محمد سامي محفوظ هنا (١٩٦٤) . التفكير التجريدي لدى العصبيين القهريين : دراسة تجريبية نفسية . القاهرة : دار النهضة العربية .
- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩١) . الوسواس القهري : تشخيصه وعلاجه . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
- مدحت عبد اللطيف (١٩٨٩) . نمط الشخصية القهرية لدى عينة من طلاب الجامعة : دراسة عامليّة . مجلة علم النفس ، ١٢ ، ٩٠-١٠١ .
- مصطفى سويف (١٩٩٠) . تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية في الواقع المصري . المجلد الأول : مدخل تاريخي ومنهجي إلى الدراسات الويائية . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .
- مصطفى سويف (١٩٩٦) . المخدرات والمجتمع : نظرية تكاملية . الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب : عالم المعرفة .
- نجمة يوسف ناصر الخرافي (١٩٨٥) . دراسة في سيكولوجية عصاب الوسواس القهري . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

- Abdel-Khalek, A.M. (1998a). The development and validation of the Arabic Obsessive Compulsive Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 146-158.
- Abdel-Khalek, A.M. (1998b). The structure and measurement of death obsession. *Personality & Individual Differences*, 24, 159-165.
- Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Arabic Obsessive Compulsive Scale. In J. Maltby, C. A. Lewis, & A. Hill (Eds.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests*. Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press, Vol. 2, pp. 541-544.
- Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Death Obsession Scale. In J. Maltby, C.A. Lewis, & A. Hill (Eds.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests*. Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press, Vol. 2, pp. 563-565.
- Abdel-Khalek, A.M. (2002). Death obsession in Egyptian samples: Differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions, and normals. *Death Studies*, 26, 413-424.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (1998). Reliability of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American students. *Psychological Reports*, 83, 1470.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (1999a). Obsession and compulsion in college students in the United States and Kuwait. *Psychological Reports*, 85, 799-800.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (1999b). Criterion-related validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American students. *Psychological Reports*, 85, 1111-1112.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2000). Obsession-compulsion, locus of control, depression, and hopelessness: A construct validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in American and Kuwaiti students. *Psychological Reports*, 86, 1187-1188.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2002). Can personality predict suicidality? A study in two cultures. *International Journal of Social Psychiatry*.

- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2002). Convergent and discriminant validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale for Kuwaiti and American college students. *Psychological Reports*, 90, 1261-1262.
- Abdel Khalek, A.M. & Lester, D. (2002). Factorial validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in two cultures. *Psychological Reports*, 90, 869-870.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2002). Manic-depressiveness, obsessive-compulsive tendencies and suicidality in Kuwaiti college students. *Psychological Reports*, 90, 1007-1008.
- Abdel-Khalek, A.M., Lester, D., & Barrett, P. (2002). The factorial structure of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American college students. *Personality & Individual Differences*, 33, 3-9.
- Akhter, S., Wig, N.N., Varma, V.K. Pershad, D., & Varma, S.K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.
- Alexander-Mott, L. (1994). Anorexia nervosa: Definition, diagnostic criteria, and associated psychological problems. In L. Alexander-Mott & D.B. Lumsden (Eds.), *Understanding eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 101-122.
- Anthony, D.T., & Hollander, E. (1993). Sexual compulsions. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 139-150.
- Antony, M.M., Downie, F., & Swinson, R.P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 3-32.

- APA-American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) DSM-IV. Washington, DC: Author.
- Asberg, M., Montgomery, S.A., Perris, C., *et al.* (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supp. 271, 5-27.
- Baer, L. (1991). *Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions*. New York: A Plume Book.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 18-23.
- Baer, L., & Jenike, M.A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.
- Baer, L., Minichiello, W.E., Jenike, M.A., & Holland, A. (1988). Use of a portable computer program to assist behavioral treatment in a case of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 19, 237-240.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (1995). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Pacific Grove: Brooks/Cole Pub. Comp.
- Beech, H.R. (Ed.) (1974). *Obsessional states*. London: Methuen.
- Berrios, G.E. (1989). Obsessive-compulsive disorder : Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 283-295.
- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., & Sternberger, L.G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions and compulsions. *Behavior Research & Therapy*, 34, 163-173.
- Campbell, R.J. (1996). *Psychiatric dictionary*. New York: Oxford University Press, 7th ed.
- Carlson, J.G., & Hatfield, E. (1992). *Psychology of emotion*. New York: Harcourt Brace & Jovanovich.

- Castle, D.J., Deale, A., & Marks, I.M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 114-117.
- Comer, R.J. (1992). *Abnormal psychology*. New York: W.F. Freeman & Comp.
- Cooper, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48-64.
- Cooper, J., & Kelleher, M. (1973). The Leyton Obsessional Inventory: A principal components analysis on normal subjects. *Psychological Medicine*, 3, 204-208.
- Cottraux, J., Bouvard, M., Defayolle, M., & Messy, P. (1988). Validity and factorial structure study of the Compulsive Activity Checklist. *Behavior Therapy*, 19, 45-53.
- Cottraux, J., & Gérard, D. (1998). Neuroimaging and neuroanatomical issues in obsessive-compulsive disorder: Toward an integrative model-perceived impulsivity. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 154-180.
- Crammer, L. (1976). *Freedom from compulsion*. New York: Simon Schuster.
- Dally, P. (1969). *Anorexia nervosa*. London: Heinemann.
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (1996). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley, 6th rev. ed.
- DeCaria, C.M., & Hollander, E. (1993). Pathological gambling. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 151-177.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc., 3rd ed.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., et al. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. *Pharmacopsychiatry*, 7, 79-110.

- de Silva, P. (1988). Obsessive-compulsive disorder. In E. Miller & P.J. Cooper (Eds.), *Adult abnormal psychology*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- de Silva, P., & Rachman, S. (1998). *Obsessive-compulsive disorder: The facts*. Oxford: Oxford University Press, 2nd ed.
- El-Saadany, M.K.E. (1996). Epidemiological, biochemical, phenomenological study of obsessive compulsive disorder in Alexandria. M.D. Thesis (Unpublished), Faculty of Medicine, University of Alexandria, Egypt.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive compulsive disorder: Theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Emmelkamp, P.M.G. (1987). Obsessive-compulsive disorder. In L. Michelson, & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 310-331.
- Emmelkamp, P.M.G. (1992). Obsessive-compulsive disorder: The contributions of an experimental-clinical approach. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margraf (Eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum, pp. 149-156.
- Enright, S.J., & Beech, A.R. (1993). Reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 67-74.
- Fallon, B.A., Rasmussen, S.A., & Liebowitz, M.R. (1993). Hypochondriasis. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 71-92.
- Farid, B.T. (1986). Irritability and resistance in obsessional neurosis. *Psychopathology*, 91, 289-293.
- Florin, I., & Fiegenbaum, W. (1992). Clinical psychology: Its successes and perspectives. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margraf (Eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum, pp. 3-10.

- Foa, E.B., Franklin, M.E., & Kozak, M.J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 258-276.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: Client workbook*. San Antonio: The Psychological Corporation; Therapy Works.
- Foa, E.B., & Steketee, G.S. (1979). Obsessive-compulsives: Conceptual issues and treatment interventions. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press, Vol. 8, pp. 1-53.
- Formea, G.M., & Burns, G.L. (1995). Relation between the syndromes of bulimia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology & behavioral assessment*, 17, 167-176.
- Franzblau, S.H., Kanadianian, M., & Rettig, E. (1995). Critique of reductionistic models of obsessive compulsive disorder: Toward a new explanatory paradigm. *Social Science & Medicine*, 41, 99-112.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Self-report of obsessions and worry. *Behavior Research & Therapy*, 32, 29-36.
- Freund, B., Steketee, G.S., & Foa, E.B. (1987). Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 67-79.
- Frost, R.O., Krause, M.S., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20, 116-132.

- Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1989). *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Gibb, G.D., Bailey, J.R., Best, R. H., & Lambirth, T.T. (1983). The measurement of the obsessive-compulsive personality. *Educational and Psychological Measurement*, 43, 1233-1238.
- Gibbs, N.A., & Oltmanns, T.F. (1995). The relation between compulsive personality traits and subtypes of compulsive behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 397-410.
- Goldstein, W.N. (1985). Obsessive-compulsive behavior, DSM III and a psychodynamic classification of psychopathology. *Journal of Psychotherapy*, 39, 346-359.
- Goodman, W.K., & Price, L.H. (1992). Assessment of severity and change in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 861-869.
- Goodman, W.K., Price, L.H. , Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., et al. (1989 a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., et al. (1989 b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Greist, J.H., & Jefferson, J.W. (1995). *Obsessive-compulsive disorder casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press, rev. ed.
- Haas, K. (1979). *Abnormal psychology*. New York: Van Nostrand.
- Halgin, R.P., & Whitbourne, S.K. (1993). *Abnormal psychology: The human experience of psychological disorders*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Hartmann, L. (1995). Cats as possible obsessive-compulsive disorder and medication models. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1236.
- Hermesh, H., Weizman, A., Shahar, A., & Munitz, H. (1988). Vitamin B-sub-1-sub-2 and folic acid serum levels in

- obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 8-10.
- Hesser, T.S. (1998). *Kissing doorknobs*. New York: Delacorte Press.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behavior Research & Therapy*, 10, 111-117.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research & Therapy*, 15, 389-395.
- Hollander, E. (1993). Introduction. In: E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 1-16.
- Hollander, E., Cohen, L.J., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359-364.
- Hollander, E., & Phillips, K.A. (1993). Body image and experience disorders. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 17-48.
- Ingram, I.M. (1961). The obsessional personality and obsessional illness. *American Journal of Psychiatry*, 117, 1016-1019.
- Insel, T. R. (1982). Obsessive-compulsive disorder-Five clinical questions and a suggested approach. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 241-251.
- Insel, T.R. (1985). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 105-117.
- Insel, T.R., & Winslow, J.T. (1992). Neurobiology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 813-824.
- Insel, T.R., et al. (1982). The sleep of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1372-1377.
- Jenike, M.A. (1983). Obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 99-115.
- Jenike, M.A., Rauch, S.L., Baer, L., & Rasmussen, S.A. (1998). Neurological treatment of obsessive-compulsive disorder. In M.A. Jenike, L. Baer, & W.E. Minichiello (Eds.),

- Obsessive-compulsive disorders: Practical management*. St. Louis: Mosby, 3rd ed., pp. 592-610.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 6th ed.
- Kaplan, H.I., Sadock, B., & Grebb, J.A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 7th ed.
- Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., & Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kavoussi, R.J., & Coccaro, E.F. (1993). Impulsive personality disorders and disorders of impulse control. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 179-202.
- Kaye, W.H., Weltzin, T., & Hsu, L.K.G. (1993a). Anorexia nervosa. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 49-70.
- Kaye, W.H., Weltzin, T., & Hsu, L.K.G. (1993 b). Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviors. *Psychiatric Annals*, 23, 365-370.
- Kennedy, S.H., & Garfinkel, P.E. (1992). Advances in diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 309-315.
- Khanna, S., & Channabasavanna, S.M. (1987). Birth order in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 21, 349-354.
- Khanna, S., Kaliaperumal, V.G., & Channabasavanna, S.M. (1992). Exploration of obsessive compulsive phenomena: A preliminary investigation. *Psychopathology*, 25, 249-253.

- Khanna, S., & Mukherjee, D. (1992). Checkers and washers: Valid subtypes of obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*, 25, 283-288.
- Kim, S.W., Dysken, M.W., & Katz, R. (1989). Rating scales for obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 74-79.
- Kindler, S., Kaplan, Z., & Zohar, J. (1993). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 203-214.
- Kisker, G.W. (1977). *The disorganized personality*. New York: McGraw-Hill.
- Kolada, J.L., Bland, R.C., & Newman, S.C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 24-35.
- Kolb, L. (1970). *Noyes' modern clinical psychiatry*. New Delhi: Oxford, 7th ed.
- Kozak, M., & Foa, E.B. (1994). Obsession, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research & Therapy*, 32, 343-353.
- Kozak, M.J., & Foa, E.B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach; Therapist guide*. San Antonio: The Psychological Corporation, Therapy Works.
- Kyrios, M., Bhar, S., & Wade, D. (1996). The assessment of obsessive-compulsive phenomena: Psychometric and normative data on the Padua Inventory from an Australian non-clinical student sample. *Behavior Research & Therapy*, 34, 85-95.
- Landau, C. (1984). Obsessive-compulsive personality. In R.J. Corsini (Ed.), *Encyclopaedia of psychology*, New York: Wiley, Vol. I, p. 451.
- Leckman, J.F. (1993). Tourette's syndrome. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 113-137.

- Leigh, D., Pare, C., & Marks, J. (1977). *A concise encyclopaedia of psychiatry*. Lancaster: MTP Press.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A.M. (1998). Suicidality and personality in American and Kuwaiti students. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 280-283.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A.M. (1999). Manic-depression, suicidality, and obsessive-compulsive tendencies. *Psychological Reports*, 85, 1100.
- Lickey, M.E., & Gordon, B. (1983). *Drugs for mental illness: A revolution in psychiatry*. New York: Freeman.
- Lucey, F.V., Dinan, T.G., & Clare, A.W. (1993). Biological and clinical aspects of obsessive-compulsive disorder. In K. Granville-Grossman (Ed.), *Recent advances in clinical psychiatry*. Edinburgh: Churchill Livingstone, Vol. 8, pp. 37-49.
- March, J.S., & Leonard, H.L. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 367-394.
- Marks, I.M. (1986). Epidemiology of anxiety. *Social Psychiatry*, 21, 167-171.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Mavissakalian, M., Hamann, M.S., & Jones, B. (1990). Correlates of DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 481-489.
- Mawson, D., Marks, I.M., & Romm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive compulsive rituals: Two-year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, 140, 11-18.
- Mayer-Gross, W., Slater, E., & Roth, M. (1960). *Clinical psychiatry*. London: Cassell.
- McCarthy, P.R., & Foa, E.B. (1990). Obsessive compulsive disorder. In M.E. Thase, B.A. Edelstein, & M. Hersen

- (Eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults: Nonpsychotic mental disorders*. New York: Plenum Press, pp. 209-234.
- Melville, J. (1977). *Phobias and obsessions*. London: George Allen & Unwin.
- Miles, M. (1985). Emotional symptoms and physical health in bereaved parents. *Nursing Research*, 34, 76-81.
- Montgomery, S.A., Goodman, W.K., & Geotting (1990). *Obsessive-compulsive disorder*. Hampshire: Duphar Medical Relations.
- Nemiah, J.C. (1977). Obsessive-compulsive neurosis. In B.B. Wolman (Ed.), *International encyclopaedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis, and neurology*. New York: Aesculapius Publishers Inc., pp. 115-118.
- Nemiah, J.C., & Uhde, T.W. (1989). Obsessive-compulsive disorder. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, Vol. I, pp. 984-1000, 5th ed.
- Nestadt, G., Samuels, J.F., Romanoski, A.J., Folstein, M.F., et al. (1994). Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 219-224.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (1997). *Abnormal psychology in a changing world*. New Jersey: Prentice Hall, 3rd ed.
- Nigg, J.T., & Goldsmith, H.H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 346-380.
- Noshirvani, H.F., Kasvikis, Y., Marks, I.M., Tsakiris, F., & Monteiro, W.O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158, 260-263.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research & Therapy*, 35, 667-681.

- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A.H., Seif El Dawla, A., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transculture study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 191-197.
- Oltmanns, T.F., & Emery, R.E. (1995). *Abnormal psychology*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Otto, M.W. (1992). Normal and abnormal information processing: A neuropsychological perspective on obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 825-848.
- Pollak, J. (1987a). Obsessive-compulsive personality: Theoretical and clinical perspectives and recent research findings. *Journal of Personality Disorders*, 1, 248-262.
- Pollak, J. (1987b). Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive-compulsive disorder: A review of the literature. *Journal of Psychology*, 121, 137-148.
- Pollard, C.A., Wiener, R.L., Merkel, W.T., & Ensey, C. (1990). Reexamination of the relationship between birth order and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 23, 52-56.
- Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research & Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsession: Elaborations. *Behavior Research & Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research & Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Rajabally, M.H. (1994). Florence Nightingale's personality: A psychoanalytic profile. *International Journal of Nursing Studies*, 31, 269-278.
- Rapoport, J.L. (1989). *The boy who couldn't stop washing: The experience and treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: A Plume Book, New American Library, A division of Penguin Books.

- Rasmussen, S. A., & Eisen, J.L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1984). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 450-457.
- Rauch, S.L., & Jenike, M.A. (1993). Neurobiological models of obsessive compulsive-disorder. *Psychosomatics*, 34, 20-32.
- Reiss, S., Peterson, R.A., Eron, L.D., & Reiss, M.M. (1972). *Abnormality: Experimental and clinical approaches*. New York: Macmillan.
- Ricciardi, J.N., & McNally, R.J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 249-256.
- Richter, M.A., Cos, B.J., & Direnfeld, D.M. (1994). A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 143-147.
- Riggs, D.S., & Foa, E.B. (1993). Obsessive compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: The Guilford Press, 2nd ed., pp. 189-239.
- Rosen, K.V., & Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behavior Research & Therapy*, 33, 445-450.
- Rosenberg, C.M. (1967). Personality and obsessional neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 471.
- Rosenfeld, R., Dar, R., Anderson, D., Kobak, K.A., & Greist, J.H. (1992). A computer-administered version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 4, 329-332.

- Rosenhan, D.L., & Seligman, M.E.P. (1995). *Abnormal psychology*. New York: Norton, 3rd ed.
- Salkovskis, P.M. (1989). Obsessions and compulsions. In J. Scott, J.M. Williams, & A.T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. London: Routledge, pp. 50-77.
- Salkovskis, P.M., & Harrison, J.C. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behavior Research & Therapy*, 22, 549-552.
- Salzman, L., & Thaler, F.H. (1981). Obsessive-compulsive disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 138, 286-296.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behavior Research & Therapy*, 26, 169-177.
- Sanavio, E., & Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behavior Research & Therapy*, 23, 659-662.
- Sarason, G., & Sarason, R. (1987). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1996). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, 8th ed.
- Scarrabelotti, M.B., Duck, J.M., & Dickerson, M.M. (1995). Individual differences in obsessive-compulsive behavior: The role of the Eysenckian dimensions and appraisals of responsibility. *Personality & Individual Differences*, 18, 413-421.
- Schwartz, J.M., & Beyette, B. (1996). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior: A four-step self treatment method to change your brain chemistry*. New York: Regan Books.
- Seamon, J.G., & Kenrick, D.T. (1992). *Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Senjo, M. (1989). Obsessive-compulsive disorder in people that abuse codeine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 619-620.
- Shear, M.K., & Frosch, W.A. (1986). Obsessive-compulsive disorder. In A.M. Cooper, A.J. Frances, & M.H. Sacks (Eds.), *Psychiatry: Vol. 1 The personality disorders and neurosis*. New York: Basic Books, pp. 353-362.
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B.W., & First, M.B. (1994). *DSM-IV casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, D.J., & Hollander, E. (1992). Cognitive science and obsessive-compulsive disorder. In D.J. Stein & J.E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorder*. New York: Academic Press, pp. 235-246.
- Stekette, G., & Freund, B. (1993). Compulsive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analyses and revision. *Behavioral Psychotherapy*, 21, 13-25.
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behavior Research & Therapy*, 34, 675-684.
- Steketee, G.S., Gryson, J.B., & Foa, E.B. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behavior Research & Therapy*, 23, 197-201.
- Steketee, G., Pigott, T., & Schemmel, T. (1999). *Obsessive compulsive disorder: The latest assessment and treatment strategies*. Kansas City: Compact Clinicals.
- Sternberger, L.G., & Burns, G.L. (1989). Compulsive Activity Checklist and the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: Psychometric properties of two measures of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 21, 117-127.
- Stone, M.H. (1993). *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
- Sturgis, T.E. (1993). Obsessive-compulsive-disorders. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of*

- psychopathology*. New York: Plenum, 2nd ed., pp. 129-144.
- Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin.
- Swedo, S.E. (1993). Trichotillomania. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 93-111.
- Templer, D.I. (1972). The obsessive-compulsive neurosis: Review of research findings. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 375-383.
- Templer, D.I., Spencer, D.A., & Hartlage, L.C. (1993). *Biosocial psychopathology: Epidemiological perspective*. New York: Springer.
- Vandenberg, S.G., Singer, S.M., & Pauls, D.L. (1986). *The heredity of behavior disorders in adults and children*. New York: Plenum.
- Visser, S., Hoekstra, J., & Emmelkamp, P.M.G. (1992). Long term follow-up study of obsessive-compulsive patients after exposure treatment. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margraf (Eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum, pp. 157-170.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., et al. (1994). The cross-national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (3, Suppl.), 5-10.
- Weissman, M.M., & Merikangas, K.R. (1986). The epidemiology of anxiety and panic disorders: An update. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (6, Suppl.), 11-17.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

* * *

